

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1927

THÈSE

N°

303

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

M. Léon HUET

Né le 16 Novembre 1895, à Provins (Seine-et-Marne)

LE

PRURIT PÉRINÉAL

(Etude Clinique, Etiologique et Thérapeutique)

Président de Thèse : M. JEANSELME

Professeur de Clinique des Maladies cutanées et syphilitiques

IMPRIMERIE DU PROGRÈS
51, rue Nationale, RAMBOUILLET

1927

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1927

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

M. Léon HUET

Né le 16 Novembre 1895, à Provins (Seine-et-Marne)

LE

PRURIT PÉRINÉAL

(Etude Clinique, Etiologique et Thérapeutique)

Président de Thèse : M. JEANSELME

Professeur de Clinique des Maladies cutanées et syphilitiques

IMPRIMERIE DU PROGRÈS

51, rue Nationale, RAMBOUILLET

1927

LE DOYEN. . . M. ROGER.

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	NICOLAS.
Anatomie médico-chirurgicale	CUNEO.
Physiologie	ROGER.
Physique médicale	STROHL.
Chimie organique et chimie générale.....	DESGREZ.
Bactériologie	LEMIERRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale.....	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générale.....	Marcel LABBE.
Pathologie médicale	SICARD.
Pathologie chirurgicale	LECENE.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	PRENANT.
Pharmacologie et matière médicale.....	TIFFENEAU.
Thérapeutique	N...
Hygiène	Léon BERNARD.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	MENETRIER.
Pathologie expérimentale et comparée.....	RATHERY.
	CARNOT.
Clinique médicale	BEZANÇON.
	ACHARD.
	WIDAL.
	MARFAN.
	NOBECOURT.
Hygiène et clinique de la première enfance.....	H. CLAUDE.
Clinique des maladies des enfants.....	JEANSELME.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	GUILLAIN.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	TEISSIER.
Clinique des maladies du système nerveux.....	DELBET.
Clinique des maladies infectieuses.....	HARTMANN.
Clinique chirurgicale	LEJARS.
	GOSSET.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	LEGUEU.
Clinique d'accouchements.....	COUVELAIRE.
	BRINDEAU.
Clinique gynécologique	JEANNIN.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.....	J.-L. FAURE.
Clinique thérapeutique médicale	OMBREDANNE.
Clinique oto-rhino-laryngologique	VAQUEZ.
Clinique thérapeutique chirurgicale.....	SEBILEAU.
Clinique propédeutique.....	DUVAL.
Professeurs sans chaire.....	SERGENT.
	ROUVIERE.
	BRANCA.

II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

ABRAMI	Pathologie médicale.
ALGLAVE.....	Pathologie chirurgicale.
AUBERTIN	Pathologie médicale.
BASSET	Pathologie chirurgicale.
BAUDOUIN	Pathologie médicale.
BINET	Physiologie.
BLANCHETIERE	Chimie biologique.
BRULE	Pathologie médicale.
CADENAT	Pathologie chirurgicale.
CHAMPY	Histologie.
CHIRAY	Pathologie médicale.
CLERC	Pathologie médicale.
DEBRE	Hygiène.
I. de JONG.....	Anatomie pathologique.
DUVOIR	Médecine légale.
ECALLE	Obstétrique.
FIESSINGER	Pathologie médicale.
GARNIER	Pathologie expérimentale.
HARVIER	Pathologie médicale.
HEITZ-BOYER ..	Urologie.
HOVELACQUE ..	Anatomie.
JOYEUX	Parasitologie.
LABBE (Henri) ...	Chimie biologique.

MM.

LARDENNOIS ...	Pathologie chirurgicale.
LEMAITRE	Oto-rhino-laryngologie.
LEVY-SOLAL	Obstétrique.
LHERMITTE	Pathologie mentale.
LIAN	Pathologie médicale.
MATHIEU	Pathologie chirurgicale.
METZGER	Obstétrique.
MOCQUOT.....	Pathologie chirurgicale.
MONDOR	Pathologie chirurgicale.
MOURE	Pathologie chirurgicale.
MULON	Histologie.
PHILIBERT	Bactériologie.
QUENU.....	Pathologie chirurgicale.
RIBIERRE.....	Pathologie médicale.
RICHET Fils	Physiologie.
SESARY.....	Dermatologie et syphiligrame.
VAUDESCAL	Obstétrique.
VELTER.....	Ophtalmologie.
VERNE	Histologie.
VALLERY-RADOT (Pasteur)	Pathologie chirurgicale.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.

GOUGEROT	Pathologie médicale.
GUENIOT	Obstétrique.

MM.

RETTERER.....	Histologie.
TANON.....	Pathologie médicale.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE à titre permanent

MM.		MM.	
ALGLAVE.....	Clinique chirurgicale.	LERI	Clinique médicale.
AUVRAY	Clinique chirurgicale.	LÆPER	Clinique médicale.
CHEVASSU	Clinique chirurgicale.	MOCQUOT.....	Clinique chirurgicale.
LE LORIER.....	Clinique obstétricale.	PROUST	Clinique chirurgicale.
LEREBOULLET .	Clinique médicale infan- tile.	SCHWARTZ	Clinique chirurgicale.
LAIGNEL-LAVASTINE	Clinique médicale.	VILLARET.....	Clinique médicale.

V. — CHARGÉS DE COURS

MM. MAUCLAIRE, agrégé	{	Chargé de cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes.
FREY		Stomatologie.
CHAILLEY-BERT		Education physique.
LEDOUX-LEBARD		Radiologie clinique.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MEMOIRE DE MA MERE

A MA FIANCEE

A LA MEMOIRE DE MES GRANDS-PARENTS

A LA MEMOIRE DE MON PERE

A MA SŒUR

A MA FAMILLE

A MES AMIS

A MON MAÎTRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE

Monsieur le DOCTEUR JEANSELME

Professeur de Clinique Dermatologique

Médecin de l'Hôpital Saint-Louis

Membre de l'Académie de Médecine

*Qui m'a fait le grand honneur de
présider cette thèse, en témoignage de
respectueuse admiration et de reconnaissance.*

A MES MAITRES

Monsieur le DOCTEUR HUDELO

Médecin de l'Hôpital Saint-Louis

*A qui je dois l'idée de ce travail et
dont je ne puis oublier le bienveillant
accueil et l'admirable enseignement.*

Monsieur le DOCTEUR LORTAT-JACOB

Médecin de l'Hôpital Saint-Louis

*Avec toute ma gratitude, pour sa
bonté envers moi et les conseils qu'il
n'a cessé de me prodiguer pendant la
préparation de cette thèse.*

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

Stage

1913. — Monsieur le PROFESSEUR A. BROCA (*In memoriam*).
1913-14. — Monsieur le PROFESSEUR A. GILBERT.
(*In memoriam*).

Externat provisoire

1914. — Monsieur le DOCTEUR LOUIS RAMOND.
1919. — Monsieur le PROFESSEUR AGRÉGÉ AUVRAY.
1920. — Monsieur le PROFESSEUR AGRÉGÉ LARDENNOIS.
Monsieur le DOCTEUR SAUVE.

Externat

1920. — Monsieur le DOCTEUR A. PISSAVY.
1921. — Monsieur le PROFESSEUR AGRÉGÉ P. MOCQUOT.
1922-23. — Monsieur le DOCTEUR LOUIS RAMOND.

Internat provisoire

1921. — Monsieur le DOCTEUR ROBINEAU.
1921-22. — Monsieur le PROFESSEUR AGRÉGÉ P. MOCQUOT.

Internat

1923. — Monsieur le DOCTEUR HALLOPEAU (*In memoriam*).
1925. — Monsieur le PROFESSEUR JEANSELME.
Monsieur le PROFESSEUR AGRÉGÉ GOUGEROT.
1926. — Monsieur le DOCTEUR HUDELO.
1926-27. — Monsieur le DOCTEUR LORTAT-JACOB.

A Monsieur le DOCTEUR LÉON BINET

Professeur agrégé à la Faculté de Médecine

*En témoignage d'affection et de
reconnaissance, au Maître et à l'Ami.*

A Messieurs les DOCTEURS

L. RAMOND, Médecin de l'Hôpital Laënnec.
E. RIST, Médecin de l'Hôpital Laënnec.
E. BRISSAUD, Ancien Interne des Hôpitaux.
L. MONOD, Ancien Interne des Hôpitaux.

En hommage de profonde gratitude.

A MES MAÎTRES DE CONFÉRENCE

Monsieur le DOCTEUR METIVET, chirurgien des Hôpitaux.
Messieurs les DOCTEURS TARTOIS, TRUFFERT, CLAUDE,
GARRELON, LORIN.

*En souvenir de leur amical ensei-
gnement.*

A mon ami A. RABA

Le bon compagnon de toujours.

LE PRURIT PERINEAL

(PRURIT ANO-GENITAL)

DÉFINITION

Nous désignerons sous le nom de prurit périnéal : *« l'ensemble des sensations pruritiques qui peuvent être ressenties à la région ano-périnéale et aux organes génitaux externes. »*

Dissociées en général par les auteurs, les démangeaisons anales et génitales méritent une étude d'ensemble.

En effet : *« Si la recherche des causes locales peut pousser à différencier chacune des atteintes, anale, scrotale ou vulvaire, il faut bien reconnaître que ces prurits sont très souvent associés, relèvent des mêmes causes générales et profondes, et apparaissent comme des modalités d'un prurit régional. »*

HUDELO et RABUT.

INTRODUCTION

Ainsi défini, le prurit périnéal constitue l'un des plus communs des prurits partiels. C'est aussi l'un des plus pénibles, l'un des plus difficiles à traiter et à guérir.

Avant d'en aborder l'étude, nous croyons nécessaire d'insister sur deux notions capitales :

1° Le prurit périnéal n'est pas une maladie autonome, ayant une étiologie précise et une évolution déterminée. Ce n'est qu'un indice révélateur d'affections nombreuses et très disparates. Gaillard Thomas n'énonce pas sans raison : « Le seul espoir de triompher d'un prurit ano-génital, c'est de le considérer comme un symptôme. »

On devine l'intérêt de l'étude minutieuse de ce symptôme et l'importance de l'examen complet du sujet.

« Le premier examen d'un pruritique périnéal, doit durer une heure. » (Hudelo.)

La cause essentielle soupçonnée ou découverte, le praticien peut traiter son malade avec efficacité, et souvent le guérir de sa déprimante affection.

2° Le rapport étroit des formes rebelles de démangeaisons ano-génitales, avec un trouble plus ou moins profond de l'équilibre nerveux du sujet est indiscutable.

M. Brocq en dénommant ces affections « Névrodermites », M. Darier en les classant dans son groupe des « Neurodermatoses », ont tenu à montrer l'importance de ce déséquilibre.

Les soucis, les émotions, la vie sédentaire et le séjour dans les grandes villes bruyantes et fatigantes sont les causes habituelles du « nervosisme » générateur de prurit.

Celui-ci à son tour, en torturant le malade dont il supprime le sommeil et l'appétit, provoque des troubles nerveux et mentaux. Il peut être la cause de véritables claustrations et amener des idées de suicide.

Ceci nous permet de prévoir l'importance du Traitement général, l'utilité du changement de vie, des Cures Hydrominérales et de la Psychothérapie.

ABRÉGÉ HISTORIQUE

Lorry le premier a donné une description clinique du prurit périnéal.

Il le rangea dans les intertrigos.

Avec Willan, l'étude de la lésion élémentaire prend une importance considérable. Il essaie de classer rationnellement et objectivement les « pruritus » et il introduit le prurit ano-génital dans le genre prurigo, bien qu'ayant reconnu dans ces cas la rareté des papules.

Rayer distingue des lichens et des prurigos de la région du périnée mais il semble ignorer le prurit non papuleux, si fréquent cependant.

Pour Devergie, les prurigos se divisent en deux groupes : les généralisés et les partiels. Parmi ceux-ci se range le prurit périnéal, qui ne s'accompagne pas de papules.

Alibert, Gibert, Hardy sont du même avis. Ils conservent le terme de « prurigo » et semblent réserver le mot « prurit » aux démangeaisons banales, au « prurit physiologique » de Hébra.

Cet auteur considère le prurigo comme une affection bien déterminée. Il distingue, d'autre part : un prurit ano-génital sans réaction ni cause locales, qu'il range dans les affections nerveuses de la peau, et des anites ou vulvites prurigineuses dues à des lésions régionales.

Avec Vidal et Besnier, le mot prurigo s'affranchit des étroites limites fixées par Hébra, mais se sépare néanmoins définitivement des affections non papuleuses et n'englobe plus le prurit ano-génital.

Brocq crée le mot de « lichénification » ainsi que ceux de névrodermie et névrodermite. Il proclame l'antériorité du prurit à l'éruption dont il prouve les rapports avec le grattage.

Jacquet partage les idées de Brocq et les étaye solidement. Son étude du prurit en général, basée sur une auto-observation rigoureuse, est remarquable.

GÉNÉRALITÉS

Certains prurits ano-génitaux sont manifestement *secondaires*, ou surviennent comme épiphénomènes au cours de dermatoses classées. Tels sont les prurits des ictères, de la maladie de Dühring, du mycosis fongoïde et des leucémies, du lichen plan et de certaines éruptions médicamenteuses.

Ils n'entrent pas dans le cadre de notre étude.

Nous envisagerons seulement les prurits « primitifs », c'est-à-dire ceux qui surviennent sur une région donnée, sans lésion antérieure de la peau ou des muqueuses.

Cazenave et Vidal, Brocq et Jacquet ont bien montré, en effet, que les modifications et altérations cutanées locales, constatables à l'examen clinique, étaient secondaires, et dues à la réaction « idiosyncrasique » du sujet au grattage.

Ces lésions locales prennent même, dans certains cas, une importance considérable et masquent l'antériorité de la démangeaison.

— Parmi les prurits primitifs, il faut distinguer des variétés bien différentes au point de vue étiologique.

I. — Parfois le prurit périnéal est en relation manifeste avec une lésion locale.

Prurit primitif de cause locale
Prurit direct des Américains.

II. — Dans d'autres cas, on ne retrouve aucune altération cutanée ou muqueuse du périnée, mais il existe une lésion d'un organe voisin, qui semble tenir la démangeaison sous sa dépendance.

Prurit primitif de cause « de voisinage ».
Prurit réflexe de Jacquet.
Prurit indirect de Montagne.

III. — Quand ces causes ne peuvent être invoquées, l'examen complet du malade décèle alors un Diabète, une Syphilis, une Insuffisance ovarienne, provocateurs du symptôme.

Prurit primitif de cause générale.

IV. — Enfin, il est classique de mentionner une dernière variété de prurit : celle qui ne s'accompagne d'aucune maladie locale ou générale constatable et qu'on a coutume de dénommer

Prurit primitif essentiel.

Il est parfois possible, d'ailleurs, de retrouver chez ces malades, une intoxication chronique, une mauvaise hygiène, une syphilis héréditaire, pouvant expliquer, au moins pour une part, les démangeaisons.

Cette classification en apparence purement théorique, offre en fait un intérêt pratique indéniable.

En affirmant la variété étiologique extrême des prurits ano-génitaux, elle indique la nécessité de l'examen des divers appareils avant l'institution d'une thérapeutique.

D'ailleurs, la recherche des causes de la démangeaison les montre toujours multiples, et souvent intriquées.

Parfois elles s'enchevêtrent si bien qu'il est impossible de préciser la part qui ressortit à chacune d'elles dans la provocation du symptôme.

ÉTIOLOGIE GÉNÉRALE

Le prurit périnéal n'évolue pas indifféremment chez des malades quelconques.

Il demande d'abord pour se produire un terrain spécial, une véritable prédisposition prurigène.

Il est manifeste que pour une même cause, certains sujets auront des démangeaisons, d'autres non.

« Le prurit assaille celui dont les centres sensitifs ont héréditairement ou personnellement subi de multiples excitations antérieures et sont en état d'équilibre instable. » Jacquet.

On peut reconnaître des causes prédisposantes et des causes occasionnelles au prurit ano-génital.

I. — CAUSES PRÉDISPOSANTES.

Parmi les causes prédisposantes, il faut distinguer avec Brocq, des tares héréditaires et des tares acquises.

A) *Tares héréditaires.*

1° *La race.* — Les Israélites et les Anglo-Saxons paient un lourd tribut aux affections prurigineuses.

2° *Le sexe.* — Les sexes semblent à peu près également partagés.

3° *L'Age.* — Le prurit est très rare chez l'enfant, si l'on excepte les causes locales.

Il présente son maximum de fréquence entre 30 et 50 ans « c'est-à-dire au moment où le fonctionnement du système nerveux est le plus actif. » (Duncan Bulkley.)

4° *Les prédispositions dues aux ascendants.*

Elles ont une grande importance : l'alcoolisme, la goutte, la syphilis, l'eczéma, le nervosisme sont souvent retrouvés.

B) *Tares acquises.*

Aux prédispositions raciales et héréditaires, s'ajoutent celles qui ont été acquises par le sujet avant l'apparition du prurit : mauvaise hygiène alimentaire, tachyphagie, abus de certains aliments, intoxications chroniques par le thé, le café, le vin, l'alcool, sensibilisations, etc.

Ces tares sont d'un intérêt considérable et leur recherche doit être systématique au cours de l'examen du malade.

II. — CAUSES OCCASIONNELLES.

On voit intervenir dans le déclenchement de la crise pruritique, les causes occasionnelles les plus variées.

C'est ainsi qu'on a pu incriminer : les surmenages, les émotions ou les chagrins, les changements de temps ou de saison, la malpropreté locale, l'ingestion de certaines boissons ou aliments, et chez la femme les périodes pré-menstruelles.

Tantôt ces causes prédisposantes ou occasionnelles sont à peine constatables et n'interviennent que faiblement, tantôt elles occupent, au moins en apparence, le premier plan.

Leur association avec les causes déterminantes et leur action cumulative, leur « stratification » constitue ce que Jacquet appelait : la « sommation prurigène ».

La cause qui semble avoir le rôle le plus important est dénommée par Brocq : « dominante étiologique ».

Enfin l'expérience a montré à Jacquet qu'un prurit préalable appelait un prurit nouveau. Il a ingénieusement expliqué que toute cellule emmagasinait plus ou moins l'excitation qu'elle avait subie, par une sorte de mémoire locale : « la mnéodermie prurigène ».

PATHOGÉNIE

Malgré la multiplicité des hypothèses émises par les auteurs, le mécanisme du prurit périnéal est loin d'être élucidé.

Les opinions sont déjà différentes au sujet du système dans lequel se passe ou se transmet le symptôme : Sympathique, Cérébro-spinal ou Humoral.

Théorie sympathique. — Pour Jacquet c'est le Sympathique qui transmet la sensation de démangeaison. Il invoque les phénomènes vaso-moteurs concomitants, ainsi que la dissémination des lésions.

M. Golay revient sur ces données en 1922 et insiste sur l'importance en pathologie cutanée du Sympathique « ce grand régulateur des fonctions de la peau ».

On peut ajouter aux arguments de ces deux auteurs, le fait que certains prurits sont en rapports indéniables avec des Insuffisances endocriniennes. Or, les glandes vasculaires sanguines sont elles-mêmes anatomiquement et physiologiquement sous la dépendance du grand Sympathique.

Théorie cérébro-spinale. — Pour l'auteur américain Montagne, seul le Système nerveux central doit être mis en cause, car le Sympathique est incapable de transmettre les impulsions douloureuses.

Montagne distingue un prurit direct et un prurit indirect.

Le prurit direct, le plus fréquent, s'explique pour lui de la façon suivante : il existe une zone prurigène périnéale où s'épanouissent les filets sensitifs des quatre premiers segments sacrés. Toute irritation de ces filets, par compression, macération ou abrasion, est transmise au cortex, qui projette sur cette zone la sensation de démangeaison.

Lorsqu'il s'agit de prurit indirect ou réflexe, l'auteur admet que les viscères à mettre en cause, sont enflammés et congestionnés ou distendus et hypertrophiés, et qu'ils irritent la riche arborisation sympathique de leur capsule. Le Sympathique, sans conduire l'irritation (!), la cède (!) au Système cérébro-spinal au niveau des ganglions postérieurs de la moelle des quatre premiers segments sacrés. C'est à ce niveau en effet, que se trouvent les connexions du Sympathique pelvien et du Système nerveux central. De là, le « stimulus » suit la même voie que dans le cas précédent et le cerveau projette la sensation sur la zone périnéale par « erreur d'interprétation ».

Cette théorie, plutôt simpliste, sans fondement sérieux, est loin d'être acceptable. Elle n'expliquerait d'ailleurs qu'une infime partie du prurit réflexe.

Théorie humorale. — Galien parlait déjà d'humeurs toxiques circulant dans le sang, et cherchant à s'éliminer par la peau...

Et pour Jacquet le prurit relevait dans la plupart des cas d'une « stercorémie » due à la constipation et aux fermentations intestinales.

Cette théorie toxique humorale a été rajeunie par l'Ecole française contemporaine.

Le prurit serait explicable par un « choc humoral » (colloïdoclasie de M. Widal et son Ecole) qui ressortirait lui-même à une sensibilisation de l'organisme du sujet à un ou plusieurs aliments donnés.

M. Ravaut définit la sensibilisation : « la propriété acquise par l'organisme, sous l'influence répétée d'un antigène, à réagir constamment à des doses qu'il supportait autrefois et qui dans les mêmes conditions laissent insensibles les individus normaux. »

De fait, l'apparition immédiate d'une démangeaison localisée ou généralisée, après l'ingestion d'une substance quelconque : œuf, poisson, vin de Bordeaux, vermouth (Jacquet) évoque cette idée de sensibilisation.

De leur côté, Brocq et plusieurs autres auteurs ont signalé l'alternance des crises de prurit avec des accès d'asthme, de goutte, des poussées d'eczéma, tous phénomènes qui sont bien souvent liés à des anaphylaxies alimentaires.

Enfin, l'action d'une médication dite « désensibilisante » est manifeste dans certains prurits (cf traitement).

Aussi, la théorie pathogénique humorale nous semble-t-elle fort séduisante et fréquemment exacte. Elle n'explique cependant pas encore la totalité des cas cliniques.

Il n'est pas impossible de faire une synthèse éclectique de toutes ces théories.

« Les lésions viscérales et endocrino-sympathiques peuvent préparer le terrain, la sensibilisation de l'organisme. Les causes toxiques et mécaniques interviennent soit pour accentuer ces lésions, soit pour déclencher le choc colloïdoclasique, choc qui peut déterminer au niveau du Sympathique cutané un certain déséquilibre, une certaine modification qui se traduisent subjectivement par des démangeaisons.

Quant aux causes locales, elles déterminent dans le Sympathique régional une instabilité spéciale, une sensibilisation locale, qui rendent cette région susceptible au moindre choc, soit-interne, soit externe ». (H. Khoubesserian.)

SYMPTOMATOLOGIE

En général, le prurit débute au niveau d'un point quelconque de la région : anus, scrotum ou vulve, et peut s'y cantonner pendant quelques semaines ou quelques mois. Mais il ne tarde pas à devenir régional et à envahir tout le périnée.

Minime parfois et calmé par la simple pression du doigt ou du vêtement, il peut devenir à ce point torturant, qu'il pousse le malade au suicide.

Tous les intermédiaires existent entre ces deux formes extrêmes.

La sensation varie suivant les individus — certains la comparent à un picotement, un chatouillement ou un frémissement. D'autres, à un fourmillement, un cheminement d'insecte, une brûlure légère.

La démangeaison survient en général par crises et appelle invinciblement le grattage. « Pruritus est tristis sensatio, desiderium scalpendi excitans. » (Hafenreffer.)

Au début, les crises sont si peu intenses que le sujet n'en est pas incommodé. Il les calme facilement par un frôlement léger ou un frottement inconscient.

Il lui est possible parfois de résister à l'envie de se gratter et de voir ainsi disparaître très vite le prurit. Lorsque celui-ci s'accroît, le malade doit recourir à des grattages énergiques ou prolongés avec les ongles, un linge rude, une brosse.

Quelquefois, une application chaude ou froide ou des pressions fortes ramènent le calme. Mais d'ordinaire les grattages ne font qu'exaspérer la démangeaison qui bientôt devient irrésistible et fait perdre au malade toute retenue. Lorry disait : « Il se gratterait même en présence d'un roi ».

Certains sujets, complètement obsédés suppriment leurs relations sociales et vivent dans un volontaire isolement.

Quiconque a pu assister à une crise de prurit en conserve une impression durable. Nous ne pouvons mieux faire que de citer à cet égard, l'admirable description de Darier : « Au début, le malade cherche à se dominer ; peu à peu il cède au besoin de grattage, qui augmente sans cesse et dont la satisfaction s'accompagne d'une sensation réellement voluptueuse. Bientôt il a perdu toute mesure : on le voit blême et angoissé, absorbé par son mal, se faire furieusement de sanglantes écorchures, se mutiler la peau, se torturer littéralement comme en proie à une force aveugle.

Ce n'est parfois que lorsque le tégument a été mis à vif et ruisselle de sang que la détente se produit, que l'apaisement se fait et que la crise est terminée. Le malade en reste épuisé et comme honteux.

La comparaison avec une crise épileptique et l'expression si imagée « d'onanisme pruritique » de Jacquet, sont absolument justifiées. »

Dans la règle, les rapports sexuels sont mal supportés et augmentent les démangeaisons. L'onanisme se rencontre cependant avec fréquence chez les pruritiques périnéaux.

La durée des crises est très variable, de quelques secondes à une heure et plus. Elles peuvent se répéter plusieurs fois par jour. Réduites à une, deux ou trois par 24 heures dans les cas moyens, elles peuvent devenir parfois subintrantes et entraîner une insomnie complète.

Quand la crise est unique elle survient habituellement le soir, soit au moment du déshabillage, soit au lit. Souvent le malade se frotte inconsciemment pendant son sommeil et constate au réveil les lésions dues au grattage.

Les crises peuvent succéder à un écart de régime, un changement de température, à la digestion, ou à une vive émotion.

Complications générales. — Lorsque les démangeaisons deviennent très fréquentes, l'état général s'altère avec rapidité par suite de la disparition du sommeil. L'absence d'appétit entraîne d'autre part un amaigrissement marqué. Le malade s'isole, refuse de recevoir, devient craintif et mélancolique. Il peut attenter à ses jours.

Si dans la majorité des cas le prurit périnéal n'atteint pas ce paroxysme, il n'en est pas moins toujours accompagné de troubles psychiques et nerveux accentués.

L'évolution est essentiellement chronique et les crises se succèdent pendant des semaines, des mois et même des années.

Nous avons vu qu'elles alternaient parfois avec des bronchites à répétition, des accès d'asthme ou de goutte, des névralgies, etc.

Complications locales. — Souvent surviennent des infections secondaires locales dues au grattage. Les abcès de la marge de l'anus, la furonculose sont fréquents.

Ils peuvent se compliquer à leur tour de lymphangites et d'adénites qui aggravent encore la neurasthénie du malade.

LÉSIONS CUTANÉES LOCALES

L'aspect objectif de la région est des plus variables.

1° Un prurit même féroce et prolongé peut ne s'accompagner d'aucune lésion perceptible, et le médecin pourrait être porté à mettre en doute l'intensité de la démangeaison, dans certains cas. Il existe cependant presque toujours une moiteur locale anormale.

2° D'autres fois, des lésions existent mais peu importantes. Ce sont de fines excoriations en coup d'ongle, punctiformes ou linéaires, très superficielles et recouvertes d'une petite croûte.

Elles sont fréquemment accompagnées d'une pigmentation de la région malade, d'une teinte plus ou moins brunâtre, parfois très foncée, mais dont l'intensité de coloration n'est jamais en rapport avec celle des démangeaisons.

Un examen plus approfondi met parfois en évidence en dehors de tout eczéma, des fissurations épidermiques, d'une importance extrême car elles aggravent le prurit et l'entretienement. Leur siège habituel est au niveau de la fourchette vulvaire ou dans les plis radiés de l'anus.

3° Il est des cas où la région tout entière est envahie par une épidermite rosée diffuse, criblée de ponctuations humides et rouges fournissant un suintement en général peu abondant. Il s'agit d'une eczématisation secondaire au prurit.

4° Enfin, le périnée peut présenter cette modification toute spéciale, fort bien décrite par Brocq et dénommée par lui : *lichénification*.

Cette complication est surtout fréquente dans les prurits invétérés.

Elle se présente sous forme d'un épaissement général de la peau ou de la muqueuse atteintes, qui perdent leur souplesse. La région est d'une teinte grisâtre, presque nacrée ou même hypochromique. Elle est rugueuse, sillonnée de petits plis, sépa-

rés par des bourrelets cutanés chagrinés. A jour frisant, on constate que cet aspect spécial est dû en partie à une exagération des fines stries normales de la peau. Il en résulte un quadrillage en réseau, à mailles plus ou moins régulières, plus ou moins serrées ou lâches, ayant une forme carrée, losangique ou polygonale. Ces mailles ont une surface plane, lisse et brillante comme une mosaïque et constituent de fausses papules, qu'il faut savoir distinguer des vraies papules du lichen plan.

On comprend que la diversité des lésions objectives au cours de l'évolution du prurit périnéal, ait pu provoquer des descriptions assez divergentes de ce symptôme. Ces aspects variables se rapportent cependant à un type morbide fondamental identique.

Il nous faut signaler la transformation morphologique des organes génitaux externes.

Les grandes et petites lèvres sont flétries et ratatinées, le capuchon clitoridien augmenté de volume. Le prépuce est volumineux et flasque, le scrotum infiltré et comme œdématié.

Enfin l'infection secondaire locale peut encore changer l'aspect des lésions (furuncles, abcès, etc.).

EXAMEN DU MALADE

On ne peut songer à guérir ou améliorer un prurit anogénital par une médication purement symptomatique.

Il faut connaître sa dominante étiologique et ses causes prédisposantes avant d'instituer un traitement rationnel.

Leur recherche nous semble constituer le chapitre principal de cette étude.

Il n'existe d'ailleurs qu'une seule façon d'étudier avec fruit les types cliniques si variés du prurit périnéal : c'est de pratiquer à l'occasion de chacun d'eux un examen ordonné et complet du sujet.

Nous avons coutume de pratiquer de la façon suivante :

EXAMEN DU MALADE

I. — Bref interrogatoire sur l'âge, la profession, l'intensité du prurit, ses caractères de durée et de ténacité.

II. — *Examen local.* — Il doit être extrêmement minutieux et comporter systématiquement :

- a) Une recherche attentive des parasites.
- b) L'élimination de l'origine médicamenteuse des démangeaisons.
- c) L'examen de l'anus au spéculum — un toucher rectal.
- d) Une recherche des lésions génitales chez l'homme ou la femme (spéculum et toucher vaginal — urétroscopie).
- e) Une rectoscopie est souvent nécessaire.

III. — *Recherche des Causes.*

A. — *Prédisposantes.*

- | | | |
|------------------------------|---|----------------------------------|
| 1° Héréditaires. | { | Syphilis. |
| | | Tuberculose. |
| | | Goutte, eczéma — prurigo. |
| | | Nervosisme. |
| 2° Acquises. | { | Syphilis. |
| | | Tuberculose. |
| a) Infections. | | Diabète. |
| | | Maladies de l'appareil digestif. |
| | | Insuffisance hépatique. |
| b) Intoxications chroniques. | { | Alcoolisme. |
| | | Tabagisme. |
| | | Caféisme ou Théisme. |
| | | Morphinisme ou Cocaïnisme. |
| c) Fautes d'hygiène. | { | Incurie dentaire. |
| | | Abus du pain. |
| | | Tachyphagie. |
| | | Polyphagie. |
| | | Constipation. |

B. — *Occasionnelles.*

- | | |
|---|-----------------------------|
| { | Surmenage — Excès génitaux. |
| | Chagrins — Pertes d'argent. |
| | Malpropreté locale. |
| | Médications intempestives. |
| | Périodes menstruelles. |

IV. — *Examen viscéral.*

- | | | |
|---------------------------|---|--|
| 1° Appareil digestif. | { | Dents. |
| | | Foie. |
| | | Intestin. (appendice). |
| 2° Appareil circulatoire. | { | Tension artérielle. |
| | | Syphilis vasculaire. |
| 3° Appareil respiratoire. | { | Tuberculose. |
| | | |
| 4° Système nerveux. | { | Syphilis nerveuse (tabes). |
| | | |
| 5° Appareil génital. | { | Urétrites et cystites (homme). |
| | | Métrites et vaginites - Grossesse (femme). |
| 6° Appareil endocrinien. | { | Ménopause. |
| | | |
| 7° Appareil urinaire. | { | Urobiline. |
| | | Sucre — Albumine — Pigments |

Terminer par une Réaction de Bordet-Wassermann systématique, et dans certains cas par une recherche du taux de l'Urée sanguine et de la Glycémie

Le diagnostic étiologique et par suite le pronostic et le traitement, ne peuvent être résolus qu'après ce complet examen.

Car, si le praticien trouve dès l'abord une lésion locale, rien ne peut lui prouver qu'elle soit seule incriminable. En poursuivant ses recherches, il découvre souvent une faute d'hygiène alimentaire, une intoxication, une maladie chronique.

Leur correction, associée aux soins régionaux, lui permettra un succès thérapeutique où il n'aurait trouvé que désillusion en se contentant d'une simple médication locale.

ETIOLOGIE

I. — CAUSES LOCALES

Il en est d'importantes que nous étudierons en détail. Nous ne ferons que citer certaines autres, faciles à dépister et à guérir. Nous distinguerons des causes exogènes en endogènes.

1° CAUSES EXOGENES.

A) PARASITES.

1° La *Gale* doit être systématiquement recherchée chez tout pruritique périnéal.

2° Il en est de même pour la *Phthiriasse inguinale*.

On se rappellera que ces deux affections atteignent toutes les classes de la société et on ne se laissera pas influencer par la présence d'eczéma ou de pyodermites, conséquences du grattage.

Une recherche discrète des sillons aux lieux d'élection chez l'homme et chez la femme, ou la constatation de taches ombrées, de lentes, du phthirus, permettront de poser un diagnostic rapide et d'ordonner un traitement adéquat, sur lequel nous n'avons pas à insister.

3° *Parasites intestinaux.*

Il faut songer ensuite de façon presque réflexe aux parasites intestinaux, en particulier aux Oxyures, petits vers blancs filiformes dont l'aspect en paquets est caractéristique. Ils sont surtout fréquents chez l'enfant et l'adolescent (voir observation n° 7), mais ils peuvent se rencontrer chez l'adulte.

Le prurit dû aux oxyures est toujours anal au début mais

devient souvent périnéal, en particulier chez la petite fille, par envahissement de la vulve.

Les démangeaisons reviennent à heure fixe avec une périodicité presque constante. Elles sont souvent d'une grande intensité et subissent une recrudescence avant les garde-robes.

Le diagnostic est en général facile, car les parents de l'enfant découvrent les parasites. Lorsque ceux-ci sont uniquement suspectés il ne faudra pas éliminer l'oxyurirose, surtout chez le jeune avant d'avoir examiné les selles plusieurs jours de suite.

Dans cinq cas rapportés dans la thèse de Mme Eyraud-Dechaux, le prurit tenait à l'oxyurirose cutanée. Au niveau de lésions rappelant l'eczéma infecté, furent découverts des œufs d'oxyures.

Le traitement est fort simple. — Un peu de semen-contra ou de santonine par la bouche, quelques lavements salés et des soins de propreté, en particulier la section des ongles de l'enfant au ras de la pulpe, suffisent pour amener la guérison.

Quant aux lésions d'eczématisation et d'infection elles cèdent très vite au nitrate d'argent, aux pâtes calmantes et aux poudres inertes.

En dehors des oxyures il ne faut pas oublier le rôle de certains rectites à *Lamblia* qui s'accompagnent de prurit intense et qu'on traitera par les arsenicaux en ingestion. Enfin, les *ascaris* et même les *tœnias* peuvent être en cause.

Depuis longtemps d'ailleurs, la sagesse populaire rapporte à la présence de vers intestinaux l'apparition d'un prurit périnéal.

Les acares et les vers intestinaux ne sont pas les seuls parasites capables de déterminer des démangeaisons ano-génitales.

4° *Mycoses.*

Il existe toute une série d'infiniment petits, dont le rôle pathogène dans l'apparition du symptôme prurit, est incontestable. Nous voulons parler de champignons microscopiques très dermatophiles dont l'étude a été particulièrement fouillée durant ces 30 dernières années, ce qui a permis de leur rapporter nombre de dermatoses jusque-là inclassées : les *Mycoses*.

Le prurit anogénital peut être dû dans certains cas à ces parasites et les observations qui le prouvent, abondent dans la littérature dermatologique.

Certains discutent cependant sur la présence primitive locale du mycélium avant toute lésion cutanée ou sur son apparition secondaire après grattage.

Pour les Uns, le prurit est dû à n'en pas douter aux parasites mycosiques. Pour les Autres, ceux-ci ne joueraient qu'un rôle aggravant et ne seraient pas les agents essentiels des démangeaisons.

Il faut distinguer parmi ces Mycoses : des Trichophyties, des Epidermophyties, des Oïdiomycoses.

a) Les *Trichophyties* périnéales prurigineuses semblent rares. M. Du Bois en a cependant cité un très beau cas.

Il s'agissait d'un prurit violent, datant de quatre mois, pour lequel on avait donné des prescriptions variées, antihémorroïdaires et anti-eczémateuses. Le régime lacté absolu, avait même été recommandé pendant plusieurs semaines.

L'examen montrait un anneau desquamatif périanal, de teinte brunâtre, avec un liseré erythémateux légèrement vésiculeux.

L'examen microscopique prouva la présence d'un Trichophyton microïde, et la guérison fut obtenue en quatre jours par application de teinture d'iode diluée.

b) Les *Epidermophyties* sont plus fréquentes que les précédentes. Elles ont un aspect clinique assez particulier.

La peau du périnée est d'une teinte allant du rouge sombre au rouge brun, avec un liseré carminé.

La surface est aride, pityriasique et desquame en lamelles larges ou en fines squames adhérentes.

Les lésions débordent souvent la région et peuvent gagner les cuisses.

A un degré moindre, la teinte est jaune clair sur un fond d'érythème. La desquamation moins évidente au centre, existe toujours au niveau du liseré périphérique. On voit fréquemment des placards aberrants dont l'importance est considérable pour le diagnostic.

L'examen microscopique montre des parasites du groupe des Hyphomycètes.

c) *Oïdiomycoses*. Pour les oïdomycoses, les lésions objectives sont tout à fait différentes.

La peau est imbibée, gonflée, succulente et comme nacrée (particulièrement au fond des plis fessiers) et secrète un liquide visqueux adhérent. Sous l'épiderme existe une surface vernissée d'un rouge vineux intense.

Dans le fond des plis, on constate un enduit crémeux caractéristique, et en surface quelques vésicules à contenu blancâtre.

Ces lésions ont une tendance marquée à l'extension.

L'examen microscopique montre des parasites du groupe des Oïdiomycètes.

A ce propos, rappelons que le Muguet (*oïdium albicans*), qui fait partie des Oïdiomycètes, peut être la cause de démangeaisons extrêmement vives. Il se rencontre chez les tout jeunes enfants mal soignés ou débiles et chez les cachectiques — beaucoup plus rarement chez la femme enceinte.

Le muguet périnéal accompagne en général le muguet buccal, mais il peut exister seul.

Ces faits cliniques sont indiscutables, ainsi que les résultats des recherches microscopiques. (Hudelo et Montlaur-Dubreuhl - Petges et Joulia - Favre, etc.).

Il existe donc des prurits anogénitaux dûs à des Mycoses, mais ils n'en représentent pas la majorité comme le voudrait M. Favre.

Leur traitement est en général assez simple. Contre ces parasites, l'alcool iodé au centième en frictions énergiques, fait merveille (Sabouraud) mais il faut les prolonger afin d'éviter les récidives.

5° *Microbes.*

Certains Auteurs américains ont été plus loin. Ils considèrent le prurit périnéal comme relevant toujours d'une cause locale et cherchent à prouver qu'elle est constamment microbienne.

a) Pour les uns, tels que Clémens, le prurit anal serait dû à une irritation chronique par l'agent de la pyorrhée alvéolo-dentaire (variété de streptocoque). Ce microbe n'étant pas détruit par le suc gastrique pourrait envahir le tube digestif dans toute sa longueur jusqu'à l'anus inclusivement, puis se propager au niveau du périnée.

b) Pour Murray et Montagne il s'agirait plus simplement d'un « microbisme régional ». Murray qui a entrepris des recherches patientes pendant huit années, sur la pathogénie et l'étiologie du prurit anal, incriminait une variété de streptocoque qu'il dénommait : « *Streptococcus fecalis* ».

Mais ses idées furent battues en brèche après sa mort.

Winfield, sans nier le rôle du streptococcus fécalis et même parfois d'un épidermophyton, incrimine plutôt le colibacille.

Montagne reprend les recherches de Murray en s'entourant « de plus de précautions pour éviter les causes d'erreurs ». Il essaie de reproduire expérimentalement le prurit anal, par introduction dans le rectum d'individus sains, de cultures microbiennes qu'il laisse sur place pendant 36 heures ! Mais il n'arrive pas à reproduire un prurit durable.

Il examine d'autre part, 1700 coupes histologiques afin d'y rechercher le microbe causal. Il le découvre intratissulaire 74 fois seulement sous l'aspect de colibacille, ou plus souvent de staphylocoque. Il reconnaît en définitive que l'infection n'est primitive que dans 2 % des cas, et toujours secondaire à des érosions locales.

Dans sa thèse, Jean Huet a repris pour son compte et défendu cette pathogénie, ainsi que la méthode de traitement qui en découle, les stocks ou auto-vaccins.

Cependant, la théorie microbienne des Américains n'a pu obtenir grand crédit en France.

Pour ce qui est par exemple de la pyorrhé alvéolo-dentaire, Darier, en reconnaissant sa valeur prurigène, incrimine simplement la résorption des produits toxiques.

Contre les théories de Murray et Montagne, d'autre part, une objection est immédiatement soulevable. S'agit-il d'infection locale primitive déterminant des démangeaisons ou celles-ci sont-elles le résultat de l'inoculation par le grattage ?

Il s'agit vraisemblablement d'infection secondaire. Celle-ci explique l'aggravation du prurit et sa persistance mais non son apparition.

La présence du streptocoque au fond des plis cutanés de la région est très fréquente. Il y détermine des fissurations caractéristiques. Le staphylocoque est en cause dans les prurits compliqués de folliculites ou de furoncles.

Cette infection chronique doit être soignée avec énergie par les antiseptiques faibles (voir traitement). A cette condition seulement, on pourra venir à bout des démangeaisons.

Les Auteurs Américains tout en semblant avoir pris l'effet pour la cause, ont eu le mérite de mettre en valeur le microbisme régional, dont le rôle dans l'entretien du prurit nous semble indiscutable.

B) MEDICAMENTS INTEMPESTIFS.

Si les parasites ne semblent pas la cause évidente des démangeaisons, une question fort importante se pose : n'y a-t-il pas eu irritation locale par une substance médicamenteuse ?

Il faut bien dire que cette cause est souvent suspectable à la seule vue des lésions cutanées. On se trouve en présence d'un érythème généralisé de la région, de coloration assez foncée, à limites irrégulières, datant en général de peu de jours et plus douloureux que démangeant.

Les substances les plus diverses sont susceptibles de provoquer le prurit. Citons : les pommades soufrées trop actives, l'orthoforme, les pansements humides antiseptiques prolongés, l'iodoforme et la teinture d'iode (il s'agit plus souvent alors de dermite eczématiforme aiguë).

Mais surtout : les topiques, injections ou poudres contenant du sublimé ou du permanganate de potasse (dans de trop fortes proportions), du Phénol, du Salol, du Menthol.

Insistons sur la toxicité pour la peau, du Salol et de ses composés, qui sont par ailleurs la cause de nombreuses dermites eczématiformes péri-buccales. Quant au Menthol, au niveau des muqueuses du périnée il est plus souvent irritant qu'utile.

Certains produits de toilette, d'apparence inoffensive, sont quelquefois dangereux : savons parfumés, vinaigres et eaux de toilette... même de bonne qualité !

Enfin, les simples savonnages trop fréquents ou trop prolongés, sont prurigènes. Déjà signalé au niveau des mains des chirurgiens, le prurit du savon existe à n'en pas douter, au périnée. Et nous avons pu le constater quelquefois.

Si l'on soupçonne l'action irritante d'un médicament sur la région périnéale, il va de soi qu'on supprimera immédiatement la substance incriminable et qu'on ne permettra pour les soins de propreté que de l'eau bouillie pure ou simplement des onctions huileuses.

II. — CAUSES ENDOGENES

Toutes les causes exogènes étant écartées, il faut pratiquer l'examen successif de l'anوس et des organes génitaux externes, afin d'y rechercher une lésion locale qui puisse expliquer le prurit.

A) EXAMEN DE L'ANUS.

Au niveau de l'anوس l'examen direct peut montrer immédiatement, en dehors des réactions cutanées de grattage :

1° Un bourrelet hémorroïdaire turgescant, s'accompagnant d'un léger suintement ;

2° Des marisques ou un prolapsus léger ;

3° Des condylomes ou des papillomes (ces derniers pouvant s'ulcérer et se sphacéler) ;

4° Une Fistule. On aperçoit son orifice externe, qu'il faut explorer systématiquement au stylet pour en reconnaître le trajet et la longueur ;

5° Fissures. — Ce qu'il est permis de constater très souvent en dépliant les plis radiés de l'anوس, c'est la présence de fissurettes cutanées ou d'érosions minimes siégeant dans le fond des plis, sur l'origine desquelles on peut discuter, mais qui semblent dues, dans la majorité des cas, au passage du bol fécal chez les constipés chroniques. (On trouve le streptocoque dans ces fissures).

Rarement on aperçoit une Fissure anale *vraie*, car cette dernière provoque plus volontiers la douleur que le prurit.

Il est évident qu'en présence de telles lésions objectives il faut informer le malade qu'il doit être débarrassé de ses hémorroïdes, de sa fistule, ou de ses papillomes, s'il veut obtenir un bon résultat thérapeutique.

Quant aux fissurations, elles cèdent assez vite aux cautérisations par le nitrate d'argent, et si l'on a soin de traiter en même temps la constipation, on assiste fréquemment à l'amélioration du prurit.

6° Humidité régionale. — En dehors des causes évidentes que nous venons de signaler, l'examen montre souvent une moiteur régionale assez marquée, dont l'importance est considérable.

Parfois due à une sécrétion sudorale exagérée, elle relève plus souvent pour Mummery d'une proctite catarrhale qui commande l'examen de l'anus à l'anuscopie et si besoin est, au rectoscope.

Examen au rectoscope. — On découvre alors :

Soit des hémorroïdes internes (très fréquemment),
soit des papillomes,
soit des polypes (en particulier chez les garçons de 5 à 15 ans),
parfois une fistule haut placée,
une tumeur vilieuse avec écoulement glaireux,
ou bien encore une simple inflammation chronique de la muqueuse, fréquente pour les auteurs américains chez les dyspeptiques et les gouteux.

Mason d'Omaha, insiste sur la fréquence de plusieurs petites ulcérations siégeant sur la moitié postérieure de la région inter-sphinctérienne.

Hirschmann, dans son traité des maladies du rectum, signale d'autre part, l'importance de deux lésions rectales qui sont pour lui parmi les causes les plus tenaces du prurit, parce qu'elles sont à peu près inconnues.

Il s'agit de l'hypertrophie des papilles des valvules de Morgagni avec contracture sphinctérienne, et de l'infection des cryptes de Morgagni, avec suintement chronique.

Nous ne signalerons que pour mémoire les rétrécissements, le cancer et les tuberculoses végétantes de l'anus, toutes affections qui peuvent s'accompagner de prurit. Quant aux néoplasmes du rectum, ils agissent comme cause de voisinage, ainsi que nous le verrons plus loin.

Retenons avec les auteurs que nous venons de citer : l'utilité de la rectoscopie, la valeur indicatrice des sécrétions régionales exagérées ainsi que l'importance du traitement rationnel des lésions rectales provocatrices.

Nous y ajouterons le rôle capital des hémorroïdes dans l'étiologie du prurit périnéal. Ces varices des veines ano-rectales se rencontrent en effet toujours chez de gros mangeurs, sédentaires ou constipés.

Il faut chez de tels sujets, non seulement traiter les hémorroïdes, par les moyens chirurgicaux, physiques ou les injections sclérosantes, mais encore réduire la ration alimentaire, conseiller les exercices physiques et lutter contre la constipation.

Tels sont les renseignements que peut fournir l'examen de la région anale.

Dans certains cas, c'est seulement au niveau des organes génitaux qu'on découvre « l'épine irritative ».

B) EXAMEN DES ORGANES GENITAUX EXTERNES.

I. — CHEZ LA FEMME

a) *Vulve.*

1° La leucorrhée ou les pertes purulentes peuvent provoquer un prurit génital à extension périnéale. C'est même une des causes fréquentes de ce symptôme.

Mais ce prurit peut être aussi bien constaté à la suite de pertes abondantes dues à une vulvo-vaginite aiguë, qu'après un écoulement minime de métrite chronique.

Dans le premier cas, la vulvo-vaginite est presque toujours blennorragique. Les démangeaisons s'accompagnent alors d'une réaction locale très intense.

Au niveau de la face interne des deux cuisses, à deux ou trois travers de doigt du pli de l'aîne, on voit une rougeur extrêmement vive, en placard triangulaire à base supérieure.

Il existe à l'anus, une cocarde de même aspect objectif.

La vulve et les petites lèvres sont rouges et oedématisées. On constate de l'urétrite concomitante.

Un tel prurit guérit rapidement par le repos au lit et des calmants locaux, puis des injections médicamenteuses (au permanganate de potasse en particulier). Il est nécessaire de formuler une solution mère de ce sel et non des paquets préparés, afin d'éviter l'irritation locale, par action trop concentrée du caustique. (Observation n° 8.)

Plus fréquemment il s'agit de leucorrhée véritable, due à une métrite chronique. L'écoulement est modéré et cependant le prurit peut être intense. L'analyse chimique des pertes les montre en général très acides, ce qui peut expliquer, au moins partiellement, les faits cliniques.

Mme Eyraud-Dechaux signale d'ailleurs trois observations fort intéressantes d'un prurit génital ressenti par le mari et la femme — et l'auteur suppose rationnellement l'action irritante de la leucorrhée pour expliquer la simultanéité des démangeaisons (l'acidité étant prouvée par la réaction au papier tournesol).

Nous avons eu, nous-même, l'occasion d'apprendre d'un malade une histoire clinique analogue, mais il nous a été impossible d'examiner sa femme pour vérification.

En de telles circonstances il faut chercher à supprimer l'issue des sécrétions irritantes et pour cela, on agira sur le col utérin par les topiques habituels, les cautérisations au nitrate d'argent, au Filhos, ou à la neige carbonique.

Mais un traitement palliatif s'impose immédiatement : injections vaginales *alcalines* au bicarbonate ou au borate de soude (20 gr. par litre).

b) Urètre.

On peut avoir l'occasion de rapporter les démangeaisons ano-génitales de la femme à des lésions ou des infections de l'urètre.

Citons : l'urétrite chronique, dont on reconnaîtra l'existence en pressant la paroi inférieure du canal d'arrière en avant par un doigt vaginal. Cette manœuvre détermine l'apparition d'une gouttelette purulente au méat.

Les polypes de l'urètre sont quelquefois en cause. Tantôt pédiculés, tantôt visibles à peine, ils sont quelquefois très volumineux, turgescents et comme variqueux. Leur destruction au galvano-cautère s'impose.

c) Petites et grandes lèvres. — Clitoris.

Il existe parfois chez la femme une lésion locale très spéciale qui s'accompagne de démangeaisons périnéales et qu'on découvre d'ailleurs souvent à cette occasion. Il s'agit de la Leucoplasie vulvaire.

LEUCOPLASIE VULVAIRE.

C'est au cours de cette affection qu'on peut voir un prurit maximum, mettant la malade au supplice.

L'examen local montre la présence de plaques d'un blanc

opalin, qui prennent avec les années un aspect argenté, nacré et une adhérence intime aux plans sous-jacents de plus en plus caractéristiques.

Parfois il n'existe qu'une lésion lenticulaire. Plus souvent elles sont multiples et étendues à surface inégale et comme chagrinée.

Toujours ou presque, il s'agit de femmes de 40 à 50 ans ménopausées.

Quelle est la raison de cette affection et comment expliquer sa concomitance avec un prurit local ?

D'après Gaucher et ses élèves, la syphilis est toujours suspectable. Pour Brocq, cette origine est souvent douteuse et Mme Eyraud-Dechaux pense même que la leucoplasie au lieu d'être une cause du prurit en est simplement une conséquence, les démangeaisons pouvant être mises sur le compte de l'arrêt des règles.

Il importe en tout cas de signaler la fréquente coexistence d'une leucoplasie et d'un Kraurosis vulvaire, sans qu'on puisse dire si cette dernière affection est obligatoirement le terme de l'évolution de la première.

KRAUROSIS VULVAIRE.

On sait que le Kraurosis est un syndrome clinique caractérisé par l'atrophie progressive scléreuse des téguments cutanéo-muqueux de la vulve, avec sténose de l'orifice vaginal.

Comme il s'accompagne souvent de prurit on s'est également demandé si les démangeaisons constituaient le premier symptôme et le Kraurosis leur conséquence, ou bien si ce dernier pouvait provoquer le prurit par lésions constrictives des nerfs cutanés terminaux, suivant l'ingénieuse hypothèse de Mme Eyraud-Dechaux.

Mais il existe un Kraurosis indiscutable sans prurit et Thibierge considère même les démangeaisons au cours du Kraurosis, comme un épiphénomène dû à des causes surajoutées et cédant à de simples loins locaux.

On voit que de nombreux problèmes ont été soulevés à l'occasion de ces deux affections locales si spéciales, et de leur coïncidence avec un prurit périnéal.

Aucun de ces problèmes n'est pour l'instant complètement résolu.

Retenons en définitive l'intensité très grande des démangeaisons dans le Kraurosis leucoplasique et la possibilité d'une transformation cancéreuse de cette leucoplasie qu'il faudra savoir à temps dépister.

II. — CHEZ L'HOMME

Nous ne ferons que signaler les malformations de l'urètre, le phimosis et nous insisterons seulement sur la recherche de l'urétrite chronique et l'importance étiologique du rétrécissement urétral (urétroscopie).

Enfin, qu'il s'agisse de l'un ou l'autre sexe, l'examen des organes génitaux pourra montrer des affections locales temporaires ou chroniques, provocatrices de démangeaisons. Signalons :

Le *zona*, qui s'accompagne plutôt de douleurs et de brûlures.

L'*herpès* qui dans ses formes profuses chez la femme peut être extrêmement prurigineux.

Les *syphilides* qui, classiquement, ne sont pas démangeantes mais peuvent s'accompagner de prurit lorsqu'elles siègent dans les régions velues (Fournier). Hâtons-nous de dire que ce cas est exceptionnel.

II. — CAUSES DE VOISINAGE

Les auteurs qui ont étudié les prurits ano-génitaux ont tous admis l'existence de cas cliniques dûs à des lésions viscérales relativement éloignées du périnée.

Ce sont les prurits réflexes de Jacquet ou indirects de Montagne dont l'existence est indéniable mais dont la pathogénie reste souvent obscure. (Voir pathogénie.)

Il faut distinguer parmi ces causes :

1° *Les affections du segment terminal de l'intestin.*

a) Les colites, les sigmoïdites et les recto-sigmoïdites chroniques, qu'elles soient banales, traumatiques ou spécifiques, peuvent s'accompagner de prurit.

b) Les rétrécissements du rectum.

c) Les cancers du rectum déterminent souvent des démangeaisons périnéales.

Hébra et Kaposi avaient déjà noté le prurit ano-génital au cours des cancers digestifs.

Besnier insistait sur la localisation fréquente au scrotum et à la vulve des démangeaisons, pendant l'évolution des cancers de la bouche et de la langue et sur leur intensité souvent atroce.

Wickham est revenu sur ces faits et il a étudié le prurit comme un symptôme révélateur du cancer abdominal.

Nous n'avons pas eu l'occasion d'observer de cas analogues. Il semble logique de penser qu'en ce qui concerne le cancer du rectum les démangeaisons soient provoquées par le suintement permanent qui accompagne cette affection, à une période relativement précoce de son évolution.

A cet égard, nous nous permettons d'insister une fois de plus sur l'utilité incontestable de la rectoscopie.

Mais une de ces causes réflexes les plus importantes nous semble être :

d) *La constipation.* — Pour Darier, elle agirait par résorption de toxines au niveau du rectum.

Pour Jacquet il y aurait non seulement stercorémie prurigène, mais encore action mécanique du bol fécal sur les plexus intestinaux.

Pour les auteurs américains la rétention fécale erroderait la muqueuse et produirait une rectite banale, cause du prurit.

Quoi qu'il en soit, la constipation est bien souvent en cause chez les pruriteux périnéaux et doit être combattue énergiquement.

2° Affections génitales.

a) Chez l'homme.

Nous avons déjà signalé l'urétrite chronique et le rétrécissement urétral.

Ajoutons- leur l'hypertrophie de la prostate et les prostatites.

b) Chez la femme.

Les prurits réflexes semblent être assez fréquents.

Cependant, pour Mme Eyraud-Dechaux, l'action des fibromes et des kystes de l'ovaire serait hypothétique.

Quant aux salpingites, il faudrait distinguer entre les primitives (tuberculeuses) qui ne s'accompagnent jamais de prurits, et les secondaires, dans lesquelles les démangeaisons devraient plutôt être rapportées à la métrite concomitante.

Les métrites sont provocatrices de prurit par les écoulements qui les accompagnent. (Voir : causes locales.)

La rétroversion utérine a été très souvent incriminée, et dernièrement encore M. Bory rapportait à la Société de Dermatologie, un cas de prurit périnéal rebelle radicalement guéri par le redressement chirurgical de l'utérus de la malade.

Le cancer de l'utérus peut également provoquer le prurit. Ce dernier relève alors de l'hydrorrhée initiale ou des pertes irritantes plus tardives.

Hebra et Kaposi ont vu des prurits vulvaires non seulement accompagner les cancers de l'utérus, mais encore les précéder de plusieurs années comme signe précurseur.

3° *Affections urinaires.*

Les cystites sont quelquefois la cause de démangeaisons .
ano-génitales.

Celles-ci constituent un symptôme fréquent des Calculs
vésicaux.

Enfin, la Rétention d'urine peut provoquer du prurit et à
cet égard Darier se demande si elle n'agirait pas de la même
manière que la constipation dans le mécanisme d'apparition
du symptôme.

CAUSES GENERALES

Parmi les nombreuses causes générales du prurit périnéal, il faut citer au premier chef : les intoxications et les infections chroniques.

A. INTOXICATIONS CHRONIQUES.

Celles-ci peuvent être endogènes ou exogènes.

1° INTOXICATIONS ENDOGENES.

a) DIABETE.

Les démangeaisons périnéales au cours du diabète avéré sont d'observation courante. Par ailleurs il est souvent possible de découvrir ou de suspecter le diabète à l'occasion de l'examen d'un prurigineux ano-génital.

Insistons sur un fait capital : l'aspect objectif des lésions chez de tels sujets est si spécial que les Classiques ont pu décrire à leur occasion les « Diabétides ».

Le début est marqué par un prurit généralement intense qui s'accompagne bientôt d'un erythème régional. Puis rapidement s'installe un « eczéma » dont Fournier a bien décrit les deux aspects cliniques différents.

Dans un premier cas, on voit s'installer sur les lésions devenues très erythémateuses, d'abondantes vésicules suintantes et prurigineuses qui couvrent la vulve ou le scrotum, le périnée et l'anus, la face interne des cuisses. Ces vésicules ont une tendance extrême à s'infecter. Elles deviennent vite pustuleuses. Ça et là apparaissent quelques furoncles. C'est la forme dite aiguë.

Parfois au contraire, l'évolution est plutôt subaiguë.

On constate au niveau du périnée et dépassant largement ses limites, des lésions rouges, se terminant par des bords sinueux et marqués d'un liseré desquamant ou recouvert d'un semis de pustulettes.

Le fond des lésions est oedématié, toujours suintant et ponctué d'excoriations, très prurigineux. Au niveau des plis et des zones suintantes, se collectent des enduits crémeux très abondants.

Chez l'homme, le prépuce et le gland sont tuméfiés, craquelés, érosifs. A la longue, l'orifice préputial peut présenter une induration fibreuse avec rétrécissement et fissures rayonnées.

Ces deux formes cliniques se compliquent assez fréquemment de furonculose.

On pouvait voir survenir autrefois l'érysipèle et même la gangrène mais ils sont actuellement exceptionnels.

La pathogénie de ces Diabétides a été très discutée. Elle est fort intéressante à rechercher.

Fournier et les auteurs classiques considéraient les lésions comme « eczémateuses » (nous dirions aujourd'hui : dermite artificielle eczématoïde) et l'expliquaient par l'action irritante des urines sucrées sur la peau et les muqueuses de la région. Pour confirmer cette opinion, Gaillard-Thomas citait des cas d'amélioration rapide après cathétérisme urétral prolongé.

A cette théorie on put objecter que l'application répétée et permanente d'une solution sucrée au niveau du périnée chez des Non diabétiques n'était pas suivie de prurit.

En 1892 Seligman émit l'hypothèse de l'origine parasitaire du prurit après découverte au niveau de la vulve d'une diabétique, de « leptothrix » et de « leptomitosis ».

Mais c'est surtout il y a une quinzaine d'années que les recherches dans ce sens se multipliant, on découvrit que les Oïdiomycoses accompagnent à peu près constamment les Diabétides.

Il faut bien dire que l'aspect clinique des diabétides subaiguës se calque absolument sur celui de l'oïdiomycose périnéale des sujets Non diabétiques (que nous avons déjà décrite).

Les auteurs ne sont cependant pas d'accord sur l'importance du rôle des levûres dans la pathogénie des lésions locales.

Pour les uns, celles-ci relèveraient uniquement des parasites. Indépendamment de la similitude d'aspect clinique déjà signalée, ils insistent sur ce que les diabétiques glycosuriques n'ont pas tous du prurit périnéal. Le contact des urines sucrées

ne serait pas un facteur essentiel, mais favoriserait seulement le développement des levûres.

A cette objection, certains répondent qu'il existe toujours des causes occasionnelles, telles que la malpropreté locale, une lésion régionale antérieure, ou une mnémodermie prurigène, expliquant la fixation du prurit chez certains diabétiques seulement. Les levures seraient apportées au moment du grattage et le facteur essentiel resterait la « diathèse diabétique ».

Pour Veit, il s'agit d'un prurit indirect typique, le diabète intervenant par les lésions hépatiques et pancréatiques qui l'accompagnent.

Les résultats des recherches sur la glycémie dans les dermatoses apportent une confirmation à cette thèse par :

1° La constatation possible d'une hyperglycémie sans glycosurie chez les pruriteux périnéaux ;

2° Mais surtout, l'amélioration rapide et persistante de certains de ces cas par le traitement insulinique (Lévy-Frankel et Ducourtioux).

Il nous semble rationnel cependant d'adopter une théorie pathogénique éclectique, supposant l'action combinée d'un vice humoral et des oïdiomycoses.

Le traitement devra s'inspirer de ces constatations cliniques et bactériologiques.

Tout en luttant contre le diabète lui-même par un régime sans hydrocarbures, progressivement adapté à la tolérance du malade, et par l'Insuline si besoin est, on instituera une médication locale rationnelle :

1° On supprimera le contact prolongé de l'urine sucrée avec le périnée, en faisant pratiquer après chaque miction, une lotion à l'eau bouillie bicarbonatée ou boratée.

M. Carnot avait conseillé la levûre fraîche locale, qui faisant fermenter le sucre et le transformant en alcool, aurait agi comme anti-prurigineux et comme antiseptique.

Sitôt calmée l'irritation, on frictionnera la région avec de l'alcool iodé au centième, après décapage et raclage des enduits crêmeux des plis, où se réfugient les parasites.

L'amélioration toujours rapide, est en général suivie de guérison en une vingtaine de jours.

b) GOUTTE.

Les gouteux sont fréquemment atteints de prurit périnéal. Nous avons déjà insisté sur la possible alternance des attaques de goutte avec des bronchites, des furunculoses à répétition, des accès d'asthme et des poussées de démangeaisons.

D'autre part la vie sédentaire, l'abus de la bonne chère et l'alimentation surabondante sont des causes prédisposantes incontestables de la goutte et du prurit ano-génital.

Soigner l'une de ces deux affections suffira le plus souvent à améliorer l'autre. Une hygiène alimentaire sévère est indispensable. Une cure hydro-minérale, très utile.

c) UREMIE.

Chez tout sujet atteint de démangeaisons ano-génitales il faut penser à l'urémie.

On sait que cette affection est très prurigène. Dans certains cas même, le prurit constitue un véritable symptôme d'alarme (Widal).

On recherchera donc les signes de néphrite chronique, et on pratiquera, si on le juge nécessaire un dosage de l'urée sanguine.

Du résultat de cet examen, dépendra en grande partie la thérapeutique.

d) AUTO-INTOXICATION INTESTINALE AVEC TROUBLES GASTRO-HEPATIQUES.

Il existe un syndrome d'auto-intoxication intestinale dont la tendance prurigène a toujours été constatée et décrite, par les Anciens Auteurs comme par les Modernes.

Il survient chez des malades en général sédentaires, au teint jaunâtre ou terreux, qui se plaignent de digestions lentes et pénibles, de somnolences post-prandiales, de brûlures ou d'acidités gastriques et de fermentations intestinales.

Leurs selles sont quelquefois quotidiennes, mais pâteuses et très fétides. Plus souvent ils accusent une constipation qu'ils négligent et qui cède difficilement aux laxatifs.

Leur foie est douloureux, un peu gros, leur estomac ptosé et leur côlon gargouillant. Les urines contiennent quelquefois de l'urobiline.

Les crises de prurit ano-génital alternent souvent chez eux avec les poussées de démangeaisons au niveau des plis du coude ou des jarrets, du nez, du cuir chevelu, etc...

Ces malades sont toujours des tachyphages, souvent de gros mangeurs ne prenant pas d'exercice. Ils boivent exagérément pendant les repas, absorbent beaucoup de pain et de farineux, en mastiquant mal et brièvement.

Certains d'entre eux sont en outre totalement incuriques de l'état de leur dentition.

En somme, de tels sujets présentent des troubles gastro-

intestinaux dus : à une mauvaise hygiène alimentaire, à la propagation au tube digestif des infections dentaires et rhino-pharyngées, et à une insuffisance hépatique cliniquement évidente.

Leurs démangeaisons apparaissent souvent comme un véritable phénomène d'anaphylaxie alimentaire. Nombre d'entre ces malades accusent d'ailleurs du prurit après l'ingestion d'une substance dont ils finissent par connaître l'effet nocif sur les téguments de leur périnée.

Dans ces cas, l'analogie est frappante avec l'urticaire, affection qui relève d'une sensibilisation de l'organisme à un ou plusieurs aliments donnés.

Il serait séduisant de supposer que certaines démangeaisons anales fussent dues à une véritable urticaire de la muqueuse du rectum périnéal, dont la cause profonde, l'insuffisance protéopexique du foie, serait elle-même sous la dépendance des troubles digestifs et de l'auto-intoxication intestinale.

Ces formes cliniques de prurit relèvent à juste titre des médications désensibilisantes.

Telles sont les Intoxications endogènes les plus souvent en cause dans le prurit ano-génital.

Nous nous permettrons de rattacher à leur groupe : la Grossesse et la Ménopause, au cours desquelles il existe des signes cliniques indéniables d'Auto-intoxication.

e) GROSSESSE.

Le prurit ano-génital est très fréquent chez la femme enceinte, mais sa pathogénie est mal connue et très discutée.

En effet, de multiples causes peuvent être invoquées pour expliquer son apparition :

1° Les pertes vaginales qui accompagnent communément la gravidité ont été incriminées par nombre d'auteurs ;

2° Pour M. Rudaux, l'origine des démangeaisons résiderait dans la glycosurie passagère des femmes enceintes. Fréquemment cependant on ne trouve aucune trace de glycosurie ;

3° L'association de la métrite-vaginite et de l'action directe du fœtus sur un utérus irritable (prurit réflexe) explique les démangeaisons pour Jacquet ;

4° Mme Eyraud-Dechaud suppose plutôt l'addition : d'un état d'intoxication générale (hépatotoxémie de la femme enceinte) et d'un état de nervosisme plus ou moins accentué.

« Sur ce terrain prédisposé, on comprend aisément, écrit-elle, la localisation à la vulve et au périnée des démangeaisons, du fait des modifications considérables de cette région pendant la grossesse, de l'intensité de la circulation locale et des écoulements vaginaux ».

Quelle que soit la pathogénie, on peut dire que le prurit débute à un moment quelconque de la gestation. Il persiste en général jusqu'à l'accouchement et cesse complètement dans les quelques jours qui suivent la délivrance.

Chez certaines femmes, le prurit récidive aux grossesses suivantes, sans affecter nécessairement les mêmes modalités.

D'autre part, chez de telles malades, les démangeaisons peuvent réapparaître en dehors de toute grossesse (mnémodermie prurigène).

Signalons que Tarnier et Budin ont rapporté des cas de prurit vulvaire de la grossesse, ayant déterminé une surexcitation suffisante pour provoquer l'avortement.

Le traitement ne peut être évidemment que symptomatique.

f) MÉNOPAUSE.

Au moment de la ménopause, les démangeaisons sont si fréquentes qu'on a pu les ranger dans les « accidents de l'âge critique ».

Leur début suit en général de quelques mois la suppression des règles, mais quelquefois elles en accompagnent les premières irrégularités.

Il est habituel de voir survenir le prurit périnéal chez des femmes présentant une tendance à l'obésité, des symptômes d'intoxication alimentaire et souvent de la glycosurie (stratification des causes).

Localement on peut trouver toutes les variétés de réaction cutanée, mais la lichénification avec pigmentation s'installe chez ces malades avec prédilection, la chronicité et l'intensité du prurit étant de règle.

Les lésions s'étendent fréquemment sur les régions voisines : au Mont de Vénus, et à la face supéro-interne des cuisses, en particulier. (Voir observation n° 2.)

A côté de ce type de malades, on peut en rencontrer un autre un peu différent.

Il s'agit de femmes nerveuses, agitées et inquiétées par les moindres malaises et chez lesquelles les démangeaisons atteignent vite leur maximum d'intensité.

Lichénification et pigmentation sont dans ce cas fortement accusées et les émotions les plus minimes sont des prétextes à l'apparition de crises pruritiques.

Il semble bien qu'il s'agisse dans ces deux catégories de malades, d'un prurit par insuffisance ovarienne, c'est-à-dire par suppression de la sécrétion interne de l'ovaire.

Sans connaître exactement l'action de celle-ci, on admet en général qu'elle possède une vertu anti-toxique et hypotensive (pour M. Siredey, les troubles vaso-moteurs de la ménopause ne résulteraient pas de la pléthore, mais d'une toxémie momentanée).

Mais on connaît d'autre part les actions de suppléance des autres Glandes Endocrines : Thyroïde, Hypophyse, etc., qui interviennent dans la Ménopause dite normale, pour en atténuer rapidement les accidents.

Faut-il donc admettre, chez les pruritiques, une insuffisance de suppléance du Thyroïde, de l'Hypophyse, etc. ? On constate parfois des signes cliniques qui semblent le prouver, mais ils ne sont pas constants.

Ainsi la pathogénie de ces démangeaisons semble seulement explicable par un cumul de causes variées, parmi lesquelles l'insuffisance ovarienne tient la place la plus importante.

Le traitement est opothérapique avant tout.

Mais ses résultats sont parfois décevants.

2° INTOXICATIONS EXOGENES.

A côté de l'influence considérable des diverses Auto-intoxications sur l'apparition du prurit ano-génital, il ne faut pas oublier celle qui provient de l'ingestion exagérée de certains aliments ou substances médicamenteuses.

a) Le Caféisme est une grande cause de démangeaisons. Nous ne saurions trop insister sur l'utilité de la suppression totale du Café chez tous les pruritiques. Il en est de même pour le Thé et les Epices.

b) L'Alcoolisme est également incriminable dans beaucoup de cas, et semble agir par deux facteurs principaux : les altérations des terminaisons nerveuses et les lésions hépatiques.

Citons encore le Morphinisme et le Cocaïsme, mais dans ces cas, les démangeaisons sont le plus souvent généralisées.

Enfin, l'Arsenicisme et l'intoxication chronique par la Belladone peuvent être en cause.

B. INFECTIONS CHRONIQUES.

Parmi les grands processus infectieux ou les maladies chroniques capables de provoquer du prurit ano-génital, nous ne ferons que signaler les Myopathies, les Méningites spinales, les Traumatismes médullaires, la Maladie de Basedow (Lortat-Jacob), etc.

1° TUBERCULOSE.

La Tuberculose a pu quelquefois être mise en cause. Devergie disait déjà : « Je ne saurai trop appeler l'attention des Médecins sur la liaison du prurigo de l'anus ou du périnée avec des poitrines tendant à l'hémoptysie ».

Gaucher insistait également sur la coïncidence du prurit et de la Tuberculose.

Nous citons d'autre part une observation de prurit ano-génital chez un tuberculeux en évolution.

Ces cas cliniques nous semblent cependant relativement rares.

2° SYPHILIS.

La syphilis acquise ou héréditaire est une cause beaucoup plus fréquente.

Déjà, dans l'étiologie du Prurigo formicans qui englobe les prurits ano-génitaux, Alibert insistait sur l'hérédité syphilitique « les enfants nés de parents scrofuleux ou infectés de la vérole, y sont très enclins » écrivait-il.

Guéneau de Mussy mentionnait la syphilis comme pouvant être le point de départ du prurit vulvaire.

Plus récemment, Jacquet attribuait à Blaschko la notion du rôle de la spécificité dans l'étiologie des affections prurigineuses. Il admettait lui-même l'origine parfois hérédo-syphilitique de certains prurigos.

Brocq signale la syphilis parmi les causes prédisposantes aux affections pruritiques.

M. Milian attire l'attention sur le prurit anal dans le Tabes.

Enfin Greco, au Congrès de Dermatologie de Strasbourg en 1923, insiste sur le rôle de la Vérole « comme provocatrice directe ou indirecte du prurit », celui-ci pouvant constituer un des meilleurs symptômes révélant la syphilis héréditaire ou acquise.

La Syphilis, cause de prurit généralisé ou disséminé, est donc depuis longtemps signalée par les auteurs, mais MM. Hudelo et Rabut dans leurs publications récentes ont bien mis en évidence l'influence de cette affection dans les prurits partiels et en particulier dans le prurit périnéal.

La proportion de Syphilis relevée dans les antécédents des Pruritiqes ano-génitaux examinés par ces deux auteurs est tellement considérable, 73 %, qu'il ne peut s'agir de coïncidence.

Comme conclusion logique de ces constatations, leurs malades soumis à un traitement antisypilitique par la Novarsénobenzol ou par le Bismuth ont guéri ou se sont améliorés considérablement dans la proportion de 3 sur 4 environ.

Ces observations sont fort intéressantes et très significatives.

Notre Maître M. Hudelo a coutume de schématiser à grands traits pour illustrer sa thèse, l'histoire typique d'une de ses malades de ville.

Il s'agissait d'une femme affligée d'un prurit anal atroce depuis 10 ans. Ce prurit avait envahi progressivement tout le périnée et il existait une grosse lichénification de la région.

Tous les traitements avaient été essayés sans succès. Un examen de sang ayant révélé un Wasserman positif, la malade fut soumise à un traitement bismuthique. Au bout de quelques injections le prurit disparaissait, puis la lichénification s'affaïssait progressivement et rapidement.

A la fin de la première série, la malade goûtait enfin un repos qu'elle n'avait pas connu depuis de longues années.

On peut lire dans les articles de Hudelo et Rabut ainsi que dans la thèse de leur élève Khoubéssérián (voir Bibliographie), le résumé de leurs recherches cliniques et thérapeutiques, qui prouvent avec une grande netteté l'importance étiologique de la Vérole acquise ou héréditaire dans le prurit périnéal.

Y a-t-il des critères permettant de distinguer des autres démangeaisons ano-génitales, celles relevant de la syphilis ? Il nous semble que malgré les affirmations de Gréco, le prurit spécifique n'a pas de caractères objectifs ou évolutifs permettant de le reconnaître cliniquement.

D'ailleurs il existe le plus souvent une stratification des causes, ne permettant pas de dépister avec certitude la syphilis.

On devine donc l'utilité de l'Interrogatoire et des Commémoratifs, la recherche des Lésions spécifiques viscérales et des signes de Syphilis héréditaire, enfin la nécessité d'un Wassermann-Hecht et même d'une Réactivation.

Comment la syphilis déclenche-t-elle le mécanisme pruritique ? Il ne s'agit sûrement pas de lésions du Névrase, car dans 26 ponctions lombaires Hudelo et Rabut n'ont trouvé qu'une seule fois une légère lymphocytose.

La Vérole détermine plutôt à leur avis, des perturbations sympathiques, endocriniennes, nerveuses ou humorales, isolées ou associées. Son action ne serait donc qu'indirecte.

Tabes.

Il convient de rattacher au prurit syphilitique, celui que l'on constate au cours du Tabes et sur lequel M. Milian attirera l'attention.

C'est un prurit tout à fait spécial, car il s'accompagne de troubles régionaux de la sensibilité subjective et objective : élancements, anesthésie superficielle ou profonde, coups d'épingles, picotements, etc..., symptômes importants qu'il faut rechercher avec soin.

Il peut exister une lichénification locale, mais souvent on ne voit aucune lésion cutanée (Prurit pur).

Les démangeaisons peuvent être accompagnées d'un paroxysme viscéral dans la région leur correspondant : tel un tenesme vésical ou rectal.

L'un des caractères du prurit ano-génital tabétique est d'être d'une extrême intensité. Il devient quelquefois atroce (Milian).

C'est chez les tabétiques frustes, qu'on le constate le plus souvent. C'est donc un « véritable symptôme avertisseur de l'irritation médullaire, dont la preuve est faite d'autre part par la présence concomitante de réflexes rotuliens exagérés ». (Milian).

Une Ponction lombaire donnera souvent dans ces cas de précieux renseignements complémentaires.

L'auteur signale que sur 25 cas de prurit il a trouvé six fois le Tabes en cause, dont trois fois à l'occasion d'un prurit anal.

La *paralysie générale* peut également s'accompagner de prurit partiel périnéal.

Le traitement dans ces cas doit être avant tout anti-syphilitique, mais s'accompagner d'une suppression des excès et de la bonne chère, qui réveillent les démangeaisons.

PRURITS ESSENTIELS

Il nous reste à étudier une dernière variété de prurits qu'on a pu dénommer « prurits essentiels », parce que l'examen le plus attentif et le plus complet ne permet pas de leur trouver une cause locale ou générale et qu'ils semblent tenir à la constitution même du sujet.

Ce sont des démangeaisons évoluant chez des individus très nerveux, surtout des femmes, vers la quarantaine.

Ils sont toujours d'une intensité et d'une ténacité extraordinaires et une lichénification locale très accentuée en est souvent la conséquence.

Ces malades ont dans la règle consulté de nombreux médecins et suivi les traitements les plus variés et les plus compliqués. Déclassés, surmenés du travail et du jeu (Darier), inventeurs incompris, ils ont des soucis d'argent, de santé, ou des malheurs familiaux.

Un important élément psychique semble intervenir dans la genèse de leur prurit, qui est comparable, suivant l'expression de notre Maître M. Lortat-Jacob, à une véritable Topoalgie.

On constate chez eux d'autre part des intoxications chroniques fréquentes : intestinale, caféique ou même simplement médicamenteuse, étant donnée l'énorme quantité de drogues qu'ils ingèrent. Certains sont morphinomanes ou cocaïnomanes. Enfin chez les femmes il existe parfois des signes d'insuffisance ovarienne ou thyroïdienne.

De tels malades relèvent donc le plus souvent de la Désintoxication et de la Psychothérapie, auxquelles on peut adjoindre parfois l'Opothérapie. (Voir observation n° 19 et Traitement.)

Ces dans ces cas, en outre, qu'une Syphilis occulte possible doit être recherchée et qu'un traitement antispécifique « d'épreuve » peut rendre les plus grands services. (Voir observation n° 13.)

Le chapitre des prurits essentiels n'est d'ailleurs qu'un *caput mortuum*, destiné au démembrement progressif.

TRAITEMENT

On peut dire qu'à propos du prurit périnéal tous les traitements ont été essayés. Certains sont excellents, d'autres médiocres ou complètement inefficaces.

Nous les passerons en revue successivement en insistant sur ceux qui nous paraissent dignes d'être employés.

Sans doute, la thérapeutique devra s'adapter aux cas cliniques, mais comporter toujours l'association d'un traitement local le plus souvent palliatif, à une médication générale cherchant la guérison définitive.

I. TRAITEMENT LOCAL.

De nombreux moyens sont à notre disposition pour lutter localement contre le symptôme, : démangeaison.

Nous distinguerons :

1° *Des Médications chimiques ;*

2° *Des Agents physiques ;*

3° *Des Actes chirurgicaux.*

Mais avant d'aborder l'étude du traitement médicamenteux qui est de beaucoup le plus varié, puisqu'il change avec chaque dermatologiste, nous voudrions indiquer en quelques mots les conseils d'Hygiène locale que nous donnons à tous nos malades.

HYGIENE LOCALE

1° Il faut de la propreté régionale, mais non exagérée. Eviter à tout prix en particulier les savonnages répétés, et même... dans certains cas, l'emploi de l'eau ordinaire ;

2° N'utiliser pour la toilette locale que des onctions huileuses ou du cold-cream non glycériné ;

3° Huiler soigneusement l'anus avant et après chaque garde-robe ;

4° Pour les injections vaginales, employer de l'eau longuement bouillie et très chaude, dans laquelle on jettera des têtes de camomille (10 à 15 pour un litre) ou de la guimauve, du sureau (15 à 20 gr. par litre), du coaltar dilué, etc. ;

5° M. Friedel préconise de petits lavements pansements quotidiens contenant : de l'agar-agar, du dermatol, de l'huile goménolée et de la belladone, qui nous semblent fort appréciables.

A. MEDICATIONS CHIMIQUES.

Elles varient suivant l'état des lésions. Aussi distinguons-nous :

1° *Un Prurit pur sans réaction locale.*

a) Au moment de la crise pruritique.

On peut recommander des lotions à l'eau bouillie, aussi chaude que le malade pourra la supporter, additionnée de trois cuillerées à soupe de vinaigre par litre. — Ne jamais frotter.

Appliquer ensuite après séchage, du talc ou une poudre inerte en grande abondance.

(Chez de très rares malades ne supportant pas l'eau chaude qui exaspère leur prurit, on utilisera l'eau froide.)

On pourra remplacer le vinaigre par d'autres substances anti-prurigineuses, telles que : eau-de-vie camphrée, chloroforme, bromure de potassium, coaltar saponiné, poudre de guaco (trois cuillerées à soupe pour un verre), ichtyol (20 gr. pour un litre), etc...

Mais on évitera avec soin l'usage de l'acide phénique, du sublimé, du menthol, et même du chloral, parce qu'au niveau de la région ano-génitale, la présence de muqueuses contre-indique l'emploi de médicaments trop actifs ou caustiques.

Madame Eyraud-Dechaux recommande la lotion suivante :

Acétate de morphine	0 gr. 50
Acide cyanhydrique officinal au centième.	10 gr.
Glycérine	50 gr.
Eau	150 gr.

Brocq, utilise des suppositoires vaginaux ou rectaux à la cocaïne ou à la morphine.

b) Après la crise pruritique.

Il faut appliquer :

1° *Dans les prurits suintants :*

Des poudres inertes en abondance : talc seul, ou le mélange suivant :

Talc	20 gr.
Oxyde de zinc.....	10 gr.
Sous-nitrate de Bi.....	10 gr.

2° Dans les *prurits secs*, une pommade très douce ou une crème adoucissante :

Cérat blanc sans eau..... 40 gr.
Oxyde de zinc..... 2 gr.
(Hudelo.)

Ichtyol 2 gr.
Vaseline } ââ 10 gr.
Huile }
Lanoline 15 gr.
(Brocq.)

Lanoline {
Vaseline { ââ 10 gr.
Huile d'amandes douces {
Eau de rose..... }

M. Fernet recommande une pommade ichtyolée et stovaïnée.
M. Sabouraud : une pommade tannique au centième.

Madame Eyraud-Dechaux conseille un cold-cream légèrement morphiné et cocaïné :

Chorhydrate de cocaïne..... 1 gr.
Chorhydrate de morphine..... 0 gr. 25
Cold-cream frais 25 gr.

Personnellement, nous préférons souvent dans les cas de prurit pur sans lésions cutanées, avoir recours aux applications de Goudron de Houille ou aux Agents physiques. (Voir plus loin.)

Dans certains cas où l'on constate une humidité légère de la région compliquée de fissurettes, le Nitrate d'argent au vingtième, associé au poudrage peut faire merveille.

2° *Prurits eczématisés.*

Ce sont en général les plus facilement et rapidement curables.

Nous recommandons :

1. — Dans un premier temps :

a) L'application *permanente* locale, à l'aide d'un pansement fixe, de Liniment Oléo-calcaire du Codex (pour calmer l'irritation).

b) Tous les jours ou tous les deux jours, attouchement

des excoriations, puits eczématisques et fissures avec une solution de Nitrate d'argent au trentième ou au vingtième.

Ce dernier peut être remplacé par l'Alcool iodé au centième, mais les résultats sont en général moins bons.

II. — Dans un deuxième temps :

Application d'un Cérat de zinc ichtyolé au vingtième, ou d'une Pâte molle de zinc additionnée de Baume Baissade ou de Goudron de Houille dans de faibles proportions. — Poudrage. — Continuer les cautérisations au Nitrate d'argent (deux fois par semaine au moins).

Nous utilisons très rarement dans ces cas les substances anti-prurigineuses actives, pour lesquelles les malades ont des réactions trop variables. Signalons-en cependant quelques-unes préconisées par différents auteurs : glycérine phéniquée au centième, pommade mentholée ou salicylée au centième (!), pâtes au thigénol ou au sapolan au vingtième.

3° *Prurit infecté* :

Dans ces cas, la désinfection locale s'impose avant tout autre traitement.

On emploiera le nitrate d'argent au dixième ou l'alcool iodé, ou mieux encore, l'eau d'Alibour pure, pour toucher les points impétiginisés.

Puis on complètera l'action antiseptique en utilisant la pommade suivante :

Sulfate de zinc	}	ââ 0 gr. 20
Sulfate de cuivre		
Oxyde de zinc	}	ââ 5 gr.
Lanoline		
Vaseline		30 gr.

Quand la région est nettoyée, on reprend le traitement précédent.

4° *Prurit lichénifié*.

Contre le prurit anogénital lichénifié, Sabouraud utilise avec prédilection le Goudron de Houille. Sa formule est simple :

Goudron de Houille ou Goudroline....	}	Parties Egales.
Lanoline		

S'il existe des lésions visibles, l'auteur recommande « de diminuer la proportion de goudron d'autant, que ces lésions sont plus visibles ».

A la vérité, le Goudron de Houille est un excellent anti-prurigineux et nous l'utilisons également dans les cas de prurit lichénifié. Son action nous semble moins efficace dans les prurits eczématisés ou infectés.

D'autre part les prurits lichénifiés relèvent souvent, comme nous le verrons, des Agents physiques.

Signalons au sujet du prurit scrotal, que le suspensoir en caoutchouc avec poudrage abondant donne souvent d'excellents résultats (Brocq).

Pour résumer la thérapeutique locale médicamenteuse que nous utilisons, nous pouvons dire que :

1° Le prurit pur est justiciable : a) au moment des crises, de lotions chaudes vinaigrées ou autres ; b) en dehors des crises, du Goudron de Houille incorporé à la Lanoline par parties égales, ou quelquefois du Nitrate d'argent au vingtième ;

2° Le prurit eczématisé sera jugulé par l'association du Liniment oléo-calcaire (comme calmant) et du Nitrate d'argent (comme cautérisant). Dans la suite, des pommades ou mieux : des pâtes, à l'ichtyol, au goudron, au Thigénol, au Sapolan, etc., accompagnées d'un large poudrage, seront utilisées ;

3° Le prurit infecté relèvera de l'eau d'Alibour, de l'alcool iodé ou du Nitrate d'argent ;

4° Le prurit lichénifié sera traité enfin par le Goudron de Houille pur, et par le Baume Baissade. On diluera celui-ci dans une pâte de zinc à la proportion désirée et on essaiera d'arriver progressivement à l'application du Baume pur.

On voit que nous n'utilisons pas une gamme très riche de médicaments et que nous rejetons de l'arsenal thérapeutique anti-prurigineux, toutes les substances possédant à un degré quelconque une action irritante. Nous n'utilisons jamais non plus les poudres fermentescibles.

Tous les auteurs ne suivent pas cette voie de prudence et nous citerons pour mémoire les médications suivantes qui ont pu être recommandées :

Lotions au cyanure de potassium à 2 pour mille, au sulfate de cuivre à 5 pour mille, au chloral à 20 ou 30 %.

Or, ces trois substances peuvent créer de toutes pièces des éruptions artificielles très vives et très étendues. Nous les condamnons formellement.

Thomas Mac Madden propose deux médications : l'une, simple, que nous essaierions peu volontiers et qui consiste à faire une antiseptie locale par des ablutions à l'eau bouillante. L'autre excellente, qui repose sur des badigeonnages au bleu de méthylène. Malheureusement, ils tachent beaucoup le linge et sont difficilement acceptés par les malades.

Fretsche conseille un nettoyage à fond de la région par le médecin : 1° Avec du savon ; 2° Avec un liquide antiseptique, et de le renouveler au bout de quelques jours.

L'auteur prétend que la guérison survient très fréquemment :

Nous restons sceptique, car nous avons vu des savonnages énergiques et répétés être la principale cause d'un prurit anogénital.

Retenons cependant l'idée excellente de « désinfection régionale » de Fretsche et Mac Madden.

Kromayer recommande dans les prurits purs non enflammés ni excoriés : des lotions d'une durée de quelques secondes à une minute avec une solution de potasse à 15 % ? !

Purdon est partisan de l'acide sulfureux local — mais il y ajoute la radiothérapie !

Hamburger conseille de faire pénétrer dans l'anus par frictions continues, du calomel.

Johnson enfin, préconise la même manœuvre avec du sous-nitrate de bismuth.

Nous n'avons pas eu l'occasion d'essayer ces divers traitements et ne pouvons donc nous faire une idée de leur valeur. Elle nous semble cependant problématique.

B. AGENTS PHYSIQUES.

De multiples Agents physiques ont été essayés dans la cure du prurit ano-génital et l'on peut affirmer sans se tromper qu'ils ont donné tous de bons résultats dans les mains de leurs expérimentateurs.

Il n'en est pas moins vrai qu'avant de les utiliser, il faut sélectionner les cas qui méritent d'en relever. C'est la seule manière d'obtenir des améliorations et même des guérisons.

Deux catégories de prurits périnéaux nous semblent être pratiquement justiciables des Agents physiques : les prurits purs et les prurits lichénifiés. L'expérience montre d'ailleurs qu'ils sont seuls à en retirer un avantage appréciable.

Nous citerons successivement toutes les méthodes physiothérapiques utilisées, en signalant au passage celles que le praticien peut mettre en œuvre lui-même sans danger, et celles qui, au contraire, doivent être réservées aux spécialistes, afin d'éviter les conséquences fâcheuses que pourrait comporter une application incorrecte.

1° AIR CHAUD.

L'air chaud a été recommandé. Non pas l'air surchauffé, mais plutôt la douche d'air tiède à une température agréable pour le sujet, et d'une durée de 15 à 20 minutes, tous les jours.

Les malades obtiennent parfois une amélioration assez rapide, mais en général elle n'est, hélas, que temporaire !

2° TRAITEMENTS ELECTRIQUES.

L'électricité sous toutes ses formes est utilisée dans le traitement des prurits ano-génitaux.

a) *Le Bain hydro-électrique* est un bain à courant alternatif sinusoïdal. Il est très antiprurigineux, mais on l'utilise surtout dans les cas de démangeaisons généralisées, et peu dans les prurits partiels.

b) *Le courant continu* a donné de bons résultats à Madame Eyraud-Dechaux dans certains prurits vulvaires, en séances de 10 minutes, l'anode placée à la vulve, la cathode promenée sur les régions démangeantes.

Mais l'électricité est surtout curatrice sous forme de Bains statiques ou d'Effluviations de Haute Fréquence.

c) Bains statiques.

Ils agissent sur les nerfs vaso-moteurs régionaux et régularisent la circulation locale.

On fait asseoir le malade sur un tabouret relié à l'un des pôles, l'autre pôle relié au sol.

On donne d'abord des bains très courts (quelques minutes seulement) puis on augmente progressivement la durée en observant la susceptibilité du sujet.

L'amélioration n'est constatable qu'après un certain nombre de séances.

d) Effluviations de Haute Fréquence.

C'est l'un des procédés physiothérapiques les plus habituellement employés contre le prurit ano-génital, et les résultats bien qu'infidèles sont cependant fort bons dans l'ensemble.

Pour pratiquer l'effluviation, on se sert du manchon de verre de Oudin, ou de l'électrode à vide de Mac Intyre.

M. Loubier cite trois observations de prurits guéris en 8 à 10 séances de 10 minutes avec une intensité modérée.

e) La Diathermie est préconisée par M. Bordier.

f) L'Ionisation (M. Buie de Rochester).

Cet auteur utilise une solution aqueuse de Lugol à 25 % durant des séances quotidiennes de 2 à 30 minutes avec un courant entre 3 et 50 milli-ampères.

Il prétend avoir obtenu avec ce procédé dans des prurits ano-génitaux rebelles 22 % de guérison et 75 % de soulagement notable.

3° RAYONNEMENTS.

Mais les physiothérapeutes n'ont pas seulement conseillé l'utilisation de l'électricité. Ils ont cherché à guérir les prurits périnéaux en leur appliquant les divers rayonnements.

a) Rayons X.

Les Rayons X ont connu une grande vogue comme anti-prurigineux. Ils furent d'abord employés dans les cas les plus divers et sans grand discernement. Il en résulta de fâcheuses surprises. Maintes observations comportent des radiodermes graves, comme suites immédiates ou à longue échéance du traitement.

La Roentgenthérapie est un procédé dangereux lorsqu'elle n'est pas appliquée par un spécialiste très averti.

En effet :

1° La situation du périnée et des organes génitaux les rend peu accessibles *en bloc* au rayonnement, en particulier chez la femme ;

2° La sensibilité des sujets aux radiations est très variable ;

3° Enfin il est difficile de trouver la dose suffisante pour calmer et guérir le prurit sans provoquer de radiodermite.

Ces problèmes ne peuvent être résolus que par des radiologiques expérimentés.

Cette réserve faite, il faut convenir que l'action des Rayons X sur les démangeaisons est absolument remarquable en particulier dans les prurits purs.

En général on fait 2 ou 3 séances de 3 à 4 H séparés par un intervalle de trois semaines. En cas de rechute, il faut se garder de répéter la médication, de peur de la radiodermite.

b) Radium.

Il fut recommandé il y a une dizaine d'années dans les prurits vulvaires, en particulier chez les diabétiques (Pozzi).

Wickham dans son traité de Radiumthérapie donne quelques cas d'amélioration due au radium.

Ce corps est actuellement très peu utilisé contre les prurits périnéaux.

Il n'en est pas de même de toute une série de Rayonnements peu dangereux dans leur application et dont l'utilisation thérapeutique est toute récente. Nous voulons parler des rayons Ultra-violet et des rayons Infra-rouges.

c) Rayons Ultra-violet.

Les rayons Ultra-violet ont été expérimentés contre les démangeaisons ano-génitales. Les résultats sont très encourageants. M. Delherm cite en particulier un cas, résistant partiellement aux Effluations et aux Rayons X, qui fut guéri par les Ultra-violet en huit séances.

d) Rayons Infra-rouges.

Littauer de Leipzig vante l'action des Infra-rouges. Cet auteur utilise les Ultra-violet lorsqu'il existe une sécrétion locale et les Infra-rouges dans le cas contraire.

D'ailleurs au sujet de la sélection des médications, MM. Fraikin et Burrill ont assez bien schématisé la question.

Ils ont présenté plusieurs observations de prurits périnéaux : les uns compliqués d'état fissuraire, chez qui l'Effluation n'avait rien donné, mais où la Radiothérapie (Roentgen) amena la guérison. Les autres étaient : soit des prurits purs, qu'ils guérèrent par l'Effluation de Haute Fréquence seule, soit compliqués de lésions eczémateuses qu'ils améliorèrent plus vite par les Ultra-violet que par les Effluves.

Les prurits périnéaux lichénifiés peuvent être traités également par la douche filiforme.

4° DOUCHE FILIFORME.

Particulièrement recommandée par M. Veyrieres de la Bourboule, elle consiste en un jet mince et à forte pression (cinq atmosphères environ) d'une eau portée et maintenue à une température de 45° par un dispositif spécial.

Le jet est dirigé perpendiculairement à la surface à traiter et tenu à une distance de 20 à 25 cm. Il réalise un véritable « curetage » superficiel de la zone cutanée qu'on attaque.

On peut ajouter à l'action toute mécanique de la douche filiforme, les propriétés (chimiques ou physiques) sédatives et anti-prurigineuses d'une eau minérale, en projetant cette dernière à l'aide de l'appareil.

Les résultats thérapeutiques en sont d'autant plus brillants.

5° LA CRYOTHERAPIE.

Lortat-Jacob a insisté récemment sur l'emploi de la Neige carbonique dans les prurits ano-génitaux, en applications de 8 à 10 secondes avec pression de 1 kg.

Il nous faut signaler enfin deux méthodes qui ont été conseillées dans les cas rebelles.

6° *Les Scarifications linéaires quadrillées.*

Elles peuvent être précieuses dans les prurits lichénifiés tenaces, mais d'une manière très inconstante.

Faites suivant la méthode habituelle, elles doivent être essayées pendant quinze jours au maximum, car passé ce laps de temps, elles semblent n'avoir plus de chance de succès.

7° *Les cautérisations superficielles au thermo cautère.*

Elles ont été proposées et appliquées par Unna au traitement des prurits anciens de l'anus. Brocq a conseillé de les employer dans les prurits vulvaires, comme dernière ressource avant le traitement chirurgical.

Cette cautérisation se fait naturellement sous anesthésie générale. On panse consécutivement au liniment oléo-calcaire phéniqué du Codex ou à l'huile goménolée.

Ces deux dernières méthodes ont pour but théorique, d'atteindre et de calmer par leur incision les terminaisons nerveuses du périnée.

8° Les injections locales de *quinine*, d'*alcool* ou même d'*acide chlorydrique*, vantées par les auteurs américains visent également ce but.

9° Il faut leur rattacher l'*injection épidurale* de novocaïne au centième, à dose anesthésique, qui cherche la suppression « physiologique » des nerfs de la région.

Elle provoque une insensibilisation de tout le périnée pendant 24 heures, et peut amener la disparition du prurit dans certains cas extrêmement rebelles (Fernet). Nous ne l'avons essayée qu'une fois, sans résultat appréciable. (Voir observation n° 13.)

C. TRAITEMENT CHIRURGICAL.

Il constitue vraiment le traitement héroïque, quand toutes les médications locales ou générales ont complètement échoué. — Différents procédés ont été proposés.

1° *L'Excision* simple de l'épiderme et du derme des zones prurigineuses, a été conseillée par Küstner et Schroeder. (Cette amputation pouvant être plus ou moins étendue ou profonde).

C'est dans les leucoplasies vulvaires qu'elle a surtout été réalisée. Elle apporte en même temps qu'un traitement radical des démangeaisons, la guérison de la lésion elle-même, souvent précancéreuse.

Au dire des auteurs, l'intervention n'est pas si grave qu'on veut bien le supposer et la cicatrisation est relativement rapide. Mais les résultats sont très inconstants et le prurit réapparaît souvent.

2° La *section des nerfs* de la région a été successivement recommandée par Burns et Simpson, puis Barton Cooke Histe.

Ces auteurs réséquent le génito-crural, l'ilio-inguinal, le honteux interne et le périnéal superficiel. Ils signalent quelques guérisons.

Frankenthal relate l'observation d'un prurit périnéal eczématisé rebelle, pour lequel il a associé avec succès les deux interventions précitées, c'est-à-dire l'excision de la peau de la région atteinte et celle, totale ou partielle, des nerfs du périnée (en y comprenant l'hémorroïdal inférieur).

Les démangeaisons ont disparu le jour de l'intervention et n'ont plus reparu, mais la cicatrisation complète a demandé 27 semaines !! (Il faut espérer que l'intensité du prurit, justifiait cet alitement de plus de six mois !)

3° Ball a proposé de sectionner toutes les branches nerveuses du périnée en pratiquant deux incisions courbes symétriques au niveau de l'anus en laissant un pont antérieur et un postérieur, et en allant jusqu'au sphincter.

4° Krouse modifie la méthode en utilisant 6 à 8 incisions radiées.

Ces deux auteurs recommandent expressément de pratiquer une hémostase parfaite, la constitution d'un hématome supprimant tout le bénéfice du traitement.

Tous ces procédés visent la section des terminaisons du Système nerveux central.

D'autres auteurs proposent d'intervenir sur le Sympathique.

5° *Sympathectomie.*

M. Cotte pratique une laparatomie et résèque au niveau du plexus pelvien le nerf présacré sur une auteur de 1 à 2 cm. Il aurait obtenu de bons résultats dans plusieurs prurits vulvaires.

M. Leriche a présenté récemment une belle statistique de cas analogues.

6° *Cordotomie médullaire.*

Enfin, MM. Sicard et Robineau ont signalé une observation de Kraurosis vulvaire avec prurit intolérable, ayant résisté à tous les traitements. (Les Rayons X et le Radium avaient exacerbé les algies. Une exérèse de tous les organes génitaux externes était restée sans résultat).

Les auteurs ont pratiqué après laminectomie une cordotomie bilatérale antérieure (sur les détails techniques de laquelle nous ne pouvons insister).

Le résultat fut excellent et le prurit totalement supprimé.

On conçoit que ces diverses interventions chirurgicales constituent un véritable traitement d'exception, et applicable seulement aux malades résignés à n'importe quelle médication leur apportant un soulagement.

Il est néanmoins utile de savoir, que les prurits frénétiques qui poussent au suicide peuvent être améliorés et même guéris par des actes chirurgicaux.

TRAITEMENT GENERAL

Pour être complet et efficace il doit comporter :

1° *Une hygiène sévère.*

a) Du tube digestif.

b) Du système nerveux.

2° *Un traitement du symptôme « prurit » par*

a) Les médicaments.

b) Les méthodes de désensibilisation.

3° *Une thérapeutique spécifique des affections causales.*

A. HYGIENE

1° *Du Tube digestif.*

En présence d'un prurit ano-génital il est souvent utile au début du traitement, d'instituer :

a) *Une Cure de désintoxication alimentaire*, en prescrivant la diète hydrique pendant 48 heures au moins, ou le régime lacté. On peut y ajouter la prise de sulfate de soude à doses modérées (20 à 25 gr.) afin d'activer la dépuration.

b) On reprendra ensuite progressivement l'alimentation et on recommandera un *Régime*.

Celui-ci ne doit jamais être trop sévère dans son ensemble, afin de ne pas rebuter le malade. Il doit comporter des interdictions peu nombreuses, mais formelles, et surtout : des conseils de Diététique.

On proscrira avant tout : le Café et le Thé, l'Alcool sous toutes ses formes (et si possible le chocolat et le tabac), le gibier faisandé et les coquillages, les épices et les conserves.

On recommandera : le lait et les laitages (s'ils sont bien digérés par le sujet). Les viandes grillées et rôties, les légumes et les fruits cuits.

Il sera possible de laisser latitude au malade de manger des mets réputés indigestes, à condition qu'il se conforme aux conseils suivants :

1° Ne pas abuser du pain, l'éviter le plus possible et le remplacer par du riz cuit à l'étouffée ;

2° Manger très lentement, en mastiquant bien et complètement ;

3° Ne jamais rester constipé.

La Tachyphagie et la Constipation sont les deux grandes causes de fermentations intestinales.

On usera de laxatifs n'irritant pas la muqueuse de l'intestin : (manne en larmes, miel soufré, bourdaine, huile de paraffine, etc., avec de temps en temps un peu de calomel ou d'huile de ricin).

Chez les hépatiques, l'usage de sulfate de soude à petites doses prolongées, ou de solution de Bourget rendra de grands services.

Contre les fermentations, on pourra prescrire des cachets de fluorure de Calcium associé à la Magnésie, ou du charbon végétal, des ferments lactiques, etc.

Les soins de la dentition sont d'une importance extrême. Seront recommandés : le nettoyage bi ou tri-quotidien des dents avec une brosse dure, l'obturation des caries, la désinfection des clapiers de gingivite et la surveillance bisannuelle par le Stomatologiste.

On luttera également contre les suppurations chroniques rhino-pharyngées, causes fréquentes d'infections digestives descendantes.

2° Du Système nerveux.

On tentera d'abord d'enlever le malade à son milieu habituel, à ses préoccupations morales, à ses soucis d'affaires ou de famille.

a) Psychothérapie.

À cet égard, l'isolement associé à la prise quotidienne de 4 litres de lait, vantés par notre Maître M. Lortat-Jacob, après Déjerine, donne souvent de bons résultats. (Voir observation n° 19.)

Il faut savoir « que dans certains cas, les malades créent de toute pièce leur affection, à l'occasion d'une maladie des organes génitaux qui a fortement frappé leur imagination. On comprend que dans ces cas, la Psychothérapie doive être tentée et puisse avoir à son actif de véritables succès ». (Mme Eyraud-Dechaux.)

On recommandera donc avant tout : le repos, l'isolement, le départ des grandes villes et les marches lentes et progressives à la campagne (Brocq).

b) Hydrothérapie.

Une hydrothérapie bien comprise, luttera efficacement aussi contre l'hyperexcitabilité nerveuse :

Soit par les douches chaudes de 37° à 38° prolongées, sans pression ni friction,

Soit, dans les cas de prurit extrêmement intense, par des bains chauds prolongés.

Les enveloppements humides et les lotions tièdes sont moins recommandables.

Lortat-Jacob, se basant sur le rôle désensibilisateur de la douche froide en jet fort, la préconise, s'il n'existe pas de contre-indications viscérales.

c) Eaux minérales.

Mais une excellente thérapeutique sera fourni au sujet par les Cures hydro-minérales.

Le médecin choisira des stations thermales, unissant à leur action sédative du système nerveux, la vertu de leurs eaux douces et onctueuses.

Celles-ci jouent un rôle calmant local incontestable et souvent aussi désensibilisateur.

A cet égard, il faut citer : Nérès, Bains-les-Bains, Plombières, la Bourboule, mais plus particulièrement Saint-Gervais et la Roche-Posay.

Lorsque le sujet ne pourra se déplacer, il y aura toujours avantage, écrivait Thibierge, à prescrire à domicile des boissons diurétiques, soit des tisanes, soit des eaux minérales.

B. TRAITEMENT DU « PRURIT ».

1° *Par les médicaments.*

C'est aux anciens Auteurs qu'on doit la variété du traitement médicamenteux général des prurits.

Cette thérapeutique est moins usitée actuellement, surtout depuis l'essor de la physiothérapie.

Jacquet recommandait : l'acide phénique (en pilules de 0 gr. 03 à 0 gr. 05 centigrammes jusqu'à un maximum de 0 gr. 10 par jour, en surveillant les urines). La Belladone en extrait (hautes doses) ou en teinture (faibles doses).

Besnier préconisait : le sulfate d'atropine au quart de milligramme (1 granule par 24 heures, en augmentant progressivement jusqu'à un milligramme) ou l'acide arsénieux sous la forme de granules de Dioscoride (5 à 10 par jour) à la fin du repas ou après ingestion du lait.

Pour Du Castel : l'acide lactique en solution à 1 %, à la dose de 6 à 10 gouttes constituait un excellent anti-prurigineux.

Purdon est du même avis. Il y associe le podophyllin.

Brocq conseille : la quinine à hautes doses, particulièrement chez les intoxiqués nerveux qui ont des crises revenant par accès.

Citons encore : le datura stramonium (de 0 gr. 10 à 0 gr. 50 par jour, en cachets de 0,05 au moment des repas).

Le chlorure de calcium en solution — l'extrait de Guaco en sirop ou pilules — l'acide cyanhydrique, l'assa-fœtida, le castoréum, l'eau distillée de laurier-cerise.

Pour Reid, l'emploi de la pilocarpine en ingestion, doit être prescrite contre les démangeaisons ano-génitales, même chez les diabétiques. L'addition d'atropine serait utile pour éviter l'hyperhidrose consécutive.

Fernet, Lévy-Frankel et Juster, etc., vantent l'emploi de l'Adréaline à hautes doses (50 gouttes) prises en dehors des repas (ou un milligramme en injection intra-musculaire). Cette substance a en effet une action physiologique opposée à celle

de la Caféine et de la Théobromine (Léon Binet), dont le rôle prurigène est connu.

A côté de ces médicaments, qui semblent avoir un effet direct sur le prurit, il faut placer les substances qui amènent la sédation de l'excitabilité nerveuse.

1° Les différentes préparations Valérianées sont très utiles, parce qu'elles ont l'avantage d'être peu toxiques.

On emploiera : le valérianate d'ammoniaque — les tisanes ou les pilules de valériane — ou mieux, les pilules de Méglin :

Extrait de jusquiame....	} parties égales.
Extrait de valériane.....	
Oxyde de zinc.....	

Auxquelles Brocq préfère les suivantes :

Extrait de valériane.....	0 gr. 15
Extrait de jusquiame.....	0 gr. 02
Oxyde de zinc.....	0 gr. 05

2° Le Sonéryl et la Solanine (cette dernière à la dose de 0,05 par cachet (2 à 3 par jour au milieu des repas).

3° Le Gardénal surtout, qui constitue pour Lortat-Jacob le médicament de choix, à raison de deux comprimés de 0 gr. 10 les trois premiers jours, puis un comprimé les jours suivants.

Ce médicament qui a l'avantage de faire dormir le malade et de calmer ses réactions anxieuses, donne des résultats remarquables.

Signalons que Volpiane emploie un gramme de Bromure de Sodium en solution au centième dans les sérums physiologiques, par injections intra-veineuses quotidiennes et prétend obtenir des améliorations rapides.

Tels sont les médicaments à utiliser. Il en est d'autres qu'il faut éviter soigneusement : tels que les Opiacés — les Bromures — le Chloral — l'Antipyrine — le Citrophène et le Salicylate de soude qui peuvent provoquer des éruptions artificielles.

2° Par les médications désensibilisantes.

Dans d'autres circonstances, on peut utiliser contre les démangeaisons l'influence d'un Choc, en ayant recours à l'Autotémothérapie ou la Protéinothérapie.

a) Auto Hémothérapie.

Ce procédé, recommandé par Ravaut, possède à son actif de brillantes guérisons (Ravaut-Hudelo, etc.) mais aussi des échecs. On doit la pratiquer par séries de 15 à 18 injections à raison de trois par semaine, en réinjectant chaque fois dans la fesse 5 à 15 cm³ de sang pris à l'aiguille au pli du coude.

On peut lui substituer l'*auto-Sérothérapie* suivant le même rythme en utilisant seulement le sérum, préalablement mis en ampoules, passé à l'étuve à 57° et injecté à doses très progressives à partir de deux gouttes jusqu'à deux centimètres cubes.

b) Protéinothérapie.

La protéinothérapie est très employée par M. Golay dans les prurits partiels. Il injecte par voie intra-musculaire des doses progressivement croissantes tous les deux ou trois jours.

Les résultats sont variables d'un malade à l'autre.

c) Peptonothérapie.

Les médications dites de désensibilisation non spécifique peuvent donner des résultats intéressants, en particulier chez les gros mangeurs, constipés, intoxiqués, etc.

On emploiera soit : le carbonate de soude, ou mieux l'hypo-sulfite de soude (Ravaut) en cachets, en solution, etc.

Soit la peptone, suivant la technique rigoureuse de MM. Pagniez, Pasteur-Vallery-Radot et leurs élèves (prise de peptone polyvalente une heure avant tous les repas, pendant le longues semaines).

d) Lavage du sang.

Très utile peut être également chez certains intoxiqués, le lavage du sang : consistant en une saignée de 2 à 300 grammes, suivie d'une injection de sérum artificiel, ou mieux glucosé.

e) Ponction lombaire.

Enfin, il est juste de placer à côté de ces traitements, l'action parfois sédative de la *Ponction lombaire*, rapportée par Thibierge et Ravaut, et à laquelle on pourra avoir recours dans les formes tenaces.

C. MEDICATIONS SPECIFIQUES.

Nous avons déjà insisté au passage sur l'intérêt et la valeur du traitement étiologique.

Il convient d'y revenir au sujet de certains cas cliniques.

1° VACCINS.

Il faut faire une place à part à la médication par les vaccins que préconisent les auteurs américains.

On sait qu'elle est basée sur le dogme suivant : *l'infection locale est la cause essentielle du prurit ano-génital.*

C'est ainsi que Murray employait un auto-vaccin de « son » streptococcus fecalis, tué par une solution aqueuse de phénol à 0,5 % (un centimètre cube de la solution contenait deux milliards de microbes).

Montagne utilise un stock-vaccin de staphylocoques. Il y ajoute un stock-vaccin de colibacilles, si à la troisième piqure du précédent, on n'a pas obtenu de résultats appréciables.

Jean Huet recommande l'emploi simultané des deux vaccins. Il y ajoute d'ailleurs l'ingestion de ferments lactiques et une médication locale ! Une seule observation probante de guérison par cette méthode est apportée dans sa thèse. L'auteur avait utilisé un auto-vaccin à la fois staphylococcique et colibacillaire.

2° Parmi les prurits qui s'améliorent plus particulièrement à la suite du traitement de l'affection générale causale, il faut citer ceux qui relèvent : du Diabète, de l'Urémie, de la Ménopause, et de la Syphilis.

a) Diabète.

On doit soigner les sujets diabétiques suivant des règles sévères.

a) Régime établi sur des bases expérimentales : analyses d'urines et de sang successives, permettant d'établir la tolérance du malade aux hydrates de carbone.

b) Dépistage de l'Acidose, qui commande l'emploi des solutions alcalines.

c) Traitement Insulinien, bref ou prolongé suivant les cas.

Quand on suspecte le diabète chez un malade, la recherche de la glycosurie ne suffit point, il faut toujours y associer celle de l'hyperglycémie. Lorsque celle-ci existe seule, elle est justifiable du même traitement.

b) Urémie.

Chez les urémiques on sera quelquefois appelé à prescrire les régimes : hypoazoté, déchloruré, lacté, etc.

Les diurétiques, une saignée pourront être mis en œuvre. Enfin, il sera nécessaire de surveiller la tension artérielle, et de reconnaître les signes de fléchissement cardiaque.

c) Ménopause.

Une opothérapie rationnelle doit être systématiquement prescrite dans les cas de prurit de la ménopause.

Outre l'extrait ovarien en injection ou en ingestion, à la dose de 0 gr. 20 à 0 gr. 40 par jour, on ordonnera souvent l'extrait thyroïdien. Ce dernier, beaucoup plus actif se prescrira à la dose de un centigramme ou même cinq milligrammes au début, en augmentant progressivement et lentement.

Ce sont les signes de dérèglement de la fonction du thyroïde qui commanderont l'opothérapie de cet organe (troubles vaso-moteurs — migraines — céphalées — douleurs musculaires et articulaires — anorexie, etc. (Léopold Lévi).

Mais devant l'infidélité des résultats de cette double opothérapie, on a eu recours aux extraits pluriglandulaires, en ajoutant aux deux précédents : l'extrait hypophysaire (un à deux centigrammes par jour) et l'extrait surrénal (dix centigrammes), qu'on peut remplacer par l'adrénaline.

Il faut continuer cette thérapeutique pendant de longues semaines, car les améliorations sont lentes.

Rappelons qu'on a signalé récemment les bons effets de l'extrait orchitique et que certaines démangeaisons ano-génitales ont pu être guéries par l'ingestion d'Hématoéthyroïdine.

d) Syphilis.

Mais le traitement causal le plus important nous semble être celui qui s'attache au terrain syphilitique acquis ou héréditaire.

En présence d'un prurit chez un Tabétique ou un Syphilitique incorrectement traité, la décision à prendre est évidente : Il faut commencer immédiatement une série arsenicale ou bismuthique.

Lorsque la spécificité est héréditaire, la même règle s'impose. Il faut modifier le terrain par le traitement anti-syphilitique et les résultats de celui-ci sont souvent très rapides.

Mais, lorsque la Vérole, muette au point de vue clinique et sérologique, n'est que suspectée, le traitement peut donner « des résultats remarquables là où tout essai thérapeutique antérieur a échoué ». (Hudelo et Rabut).

CONCLUSIONS

- I. — Il faut concevoir les démangeaisons de l'anús et des organes génitaux externes comme des modalités d'un Prurit régional.
- II. — L'ensemble des sensations pruritiques de la zone anogénitale a pu être dénommée par MM. Hudelo et Rabut : Prurit périnéal.
- III. — Le Prurit périnéal primitif survient sur une région saine, sans lésion antérieure cutanée ou muqueuse.
- IV. — C'est un simple symptôme clinique, ressortissant à des affections très variées.
Sa constatation commande toujours un examen médical complet.
- V. — Les démangeaisons sont en rapport constant avec un « nervosisme » spécial, qui semble être à la fois une cause et une conséquence du Prurit.
- VI. — On discute la pathogénie et le mécanisme de celui-ci. Transmis par le Sympathique pour les uns ou par le Système cérébro-spinal, il ne serait pour d'autres auteurs que la manifestation cutanée d'un Choc humoral.
Une synthèse de ces théories semble possible.
- VII. — Cliniquement, on constate des démangeaisons survenant par crises d'intensité variable, et toujours suivies de grattages.
- VIII. — L'évolution est chronique. A la longue, surviennent des troubles généraux mentaux et nerveux plus ou moins accusés.

IX. — On peut constater localement : une simple moiteur, des fissurations épidermiques, parfois de l'eczématisation ou bien encore une lichénification avec pigmentation dues au grattage.

L'infection secondaire peut transformer l'aspect objectif de la région.

X. — Le Prurit ano-génital relève :

- 1) De causes prédisposantes, dues à des tares héréditaires ou acquises.
- 2) De causes occasionnelles qui déclenchent la crise pruritique.
- 3) Enfin de causes déterminantes.

XI. — Ces dernières peuvent être :

Locales — de Voisinage — Générales.

Il est fréquent de les voir s'intriquer et se stratifier.

XII. — Certaines causes locales sont facilement reconnues (parasites divers, hémorroïdes, leucorrhée, fissures, etc.)

D'autres sont cachées et ne peuvent être découvertes que par l'Examen au Spéculum, l'Urétroscopie, la Rectoscopie.

XIII. — L'entretien et l'aggravation du Prurit sont souvent dus au Microbisme régional. Mais ce dernier ne peut toujours être rendu responsable des démangeaisons, comme le voudraient les Auteurs Américains.

XIV. — Assez fréquente est l'origine indirecte du Prurit. Celui-ci peut constituer un signe d'alarme d'un néoplasme viscéral.

XV. — Les Causes générales sont les plus importantes. Citons parmi elles :

- 1° Chez la femme : la Grossesse et la Ménopause ;
- 2° Dans les deux sexes : l'Intoxication intestinale chronique avec insuffisance hépatique, le Diabète et surtout la Syphilis.

A propos de ces deux dernières affections, on ne négligera aucune recherche de Laboratoire pouvant servir à les dépister. (Acidose, Hyperglycémie, Bordet-Wassermann — Réactivation. — Ponction lombaire).

XVI. — Il ne faut jamais oublier l'action prurigène incontestable de l'Alcool et du Café.

XVII. — En présence d'un Prurit « Essentiel », on pensera aux Insuffisances glandulaires, aux Intoxications médicamenteuses, à la Syphilis héréditaire.

Certains relèvent plus simplement de la Psychothérapie.

XVIII. — Le traitement doit toujours être à la fois Local et Général.

XIX. — La thérapeutique locale comporte :

1° Des conseils d'*Hygiène* ;

2° Des *Médications chimiques* simples, dont on se doit de connaître l'efficacité : lotions chaudes vinaigrées, Liniment oléo-calcaire, Nitrate d'argent, Goudron de Houille, poudres inertes, etc.;

3° On peut utiliser les *Agents physiques* : l'Effluviation de Haute fréquence — la Douche filiforme — les rayons Ultra-Violet, etc.

L'application des Rayons X doit être réservée aux seuls Spécialistes.

4° Quant aux *Traitements chirurgicaux*, ils ne sont de mise qu'après échec de tous les autres procédés thérapeutiques.

XX. — La médication générale comprend :

1° Une *Hygiène* rigoureuse :

a) Du Tube digestif, basée sur la lutte contre la Constipation et la Tachyphagie, les soins de la Dentition et du Rhino-pharynx.

b) Du Système nerveux. Il faut associer judicieusement : la Psychothérapie, l'Isolément et l'Hydrothérapie.

On leur adjoindra si possible, des Cures Hydro-minérales dans les Stations sédatives possédant des eaux « douces pour la peau ».

2° Un *traitement* par :

a) Des substances chimiques anti-prurigineuses (gardénal).

b) Des méthodes désensibilisantes.

3° Une *thérapeutique* des affections causales : qu'il s'agisse de lésions locales ou de voisinage, de maladies générales, d'intoxications ou d'insuffisances glandulaires.

XXI. — Enfin il sera toujours légitime d'essayer le traitement antisypilitique dans un Prurit de cause obscure, car il peut donner dans certains cas des résultats presque miraculeux.

XXII. — En se souvenant de l'infinie complexité étiologique du Prurit périnéal, en se conformant à des méthodes strictes de recherches cliniques, et en instituant un traitement rationnel, le praticien aura souvent la joie de soulager son malade et de le guérir d'une si gênante affection.

XXIII. — Souvent même, quand l'examen dépiste une affection sérieuse, jusque-là occulte, telle qu'un Néoplasme viscéral, un Diabète, une Leucoplasie vulvaire précancéreuse, une Syphilis inconnue ou un Tabes fruste, il sera possible en les traitant immédiatement, d'arrêter leur évolution.

XXIV. — C'est ainsi, que partant de l'étude serrée d'un symptôme clinique banal, la démangeaison, le médecin peut avoir à résoudre les problèmes les plus complexes de la Pathologie Interne ou Générale, et de la Thérapeutique.

Vu : le Doyen
ROGER

Vu : le Président de Thèse
JEANSOLME

Vu et permis d'imprimer
Le Recteur de l'Académie de Paris
CHARLATY

OBSERVATIONS

OBSERVATION n° I. (personnelle). M. G..., 54 ans, Architecte.

Prurit périnéal datant de deux ans. — Causes multiples.

Le malade vient consulter pour un prurit ancien intolérable avec crises particulièrement nocturnes.

I. — *A l'examen local*, on constate une lichénification très marquée de la région anale qui présente une teinte nacréée et un certain degré de moiteur. — Un petit paquet d'Hémorroïdes externes. Une cicatrice de fistule ancienne opérée.

II. — *A l'interrogatoire*. — 1° Pas de maladies vénériennes antérieures ; 2° *Troubles digestifs* nets : acidités gastriques avec régurgitations. — Constipation opiniâtre résistant aux laxatifs et même aux purgations. — Tachyphagie. — 3° Abus du pain et du café. — Pas d'alcoolisme ; 4° Sujet nerveux, facilement irritable.

III. — *Antécédents personnels*. — Ancien eczémateux, présentant encore aux deux chevilles une plaque d'eczéma chronique lichénifié. A eu plusieurs bronchites dans sa jeunesse et une fistule anale à 40 ans, opérée, ayant récidivé, mais définitivement guérie par une deuxième intervention. — Sujet à l'urticaire et aux poussées hémorroïdaires. Marié — deux filles : l'une eczémateuse et présente des poussées de prurigo — petits-fils atteint de strophulus.

IV. — *Examen*. — 1° Appareil digestif : rien à signaler ; 2° appareil respiratoire : un peu de submatité au sommet gauche avec respiration rude et saccadée. Quelques râles de bronchite disséminée ; 3° Appareil circulatoire : pas de souffles orificiels. Tension artérielle : 14 1/2-9 ; 4° Appareil urinaire : ni sucre ni albumine ; 5° Système nerveux : les pupilles réagissent à la lumière. Les réflexes rotuliens sont un peu vifs.

Le Wassermann est complètement négatif. Le dosage de l'urée sanguine : 0 gr. 25.

V. — *Sommutation prurigène* : 1° Troubles digestifs et mauvaise hygiène alimentaire ; 2° Nervosisme ; 3° Ancienne tuberculose pulmonaire probable ; 4° Hémorroïdes et fistule.

VI. — *Traitement*. — Régime alimentaire et laxatifs. Repos. — Hydrothérapie tiède. Nitrate d'Argent au 1/20° — Cérat de Zinc et Goudron de Houille. — Prescriptions d'hygiène locale (suppression du savon).

VI. *Résultats*. — Guérison en un mois du prurit. Lichénification diminuée de moitié. Etat général meilleur.

OBSERVATION n° II. (personnelle). Madame R..., 57 ans, Rentière.

Prurit périnéal datant de huit mois. — Post-ménopausique.

En fait, il existe un prurit anal depuis 15 ans (époque de la ménopause), mais intermittent et supportable. L'aggravation date de 6 mois (4 à 5 crises nocturnes et 1 à 2 diurnes). La malade s'isole volontairement afin de pouvoir se gratter. A subi de nombreux traitements locaux sans résultat.

I. — *Examen local*. — Le périnée est le siège d'un érythème diffus empiétant sur la face interne des cuisses et le mont de Vénus. Pas d'eczématisation, mais lichénification très marquée de la région anale, un peu moins intense au niveau des grandes lèvres et des cuisses. Il existe une légère atrophie des petites lèvres qui sont d'une teinte blanchâtre. Pas d'hémorroïdes. Aucune lésion du méat urinaire.

II. — *Interrogatoire*. — 1° Il n'y a pas de syphilis connue. La malade a présenté une métrite aiguë dans sa jeunesse, probablement blennorragique. Ménopause à 40 ans. Actuellement aucune perte ; 2° On ne relève aucun trouble digestif, pas de constipation, ni de parasites dans les selles ; 3° Aucun abus de café, de thé, de pain, d'alcool ; 4° Très nerveuse, très irritable, tendance à la mélancolie.

III. — *Antécédents personnels*. — Rien à signaler, si ce n'est une stérilité complète. Mari mort éthylique à 45 ans.

IV. — *Antécédents héréditaires*. — Père et mère bien portants, mais très nerveux (!), 6 frères et sœurs en bonne santé.

V. — *Examen*. — 1° Appareil digestif : légère pyorrhée alvéolo-dentaire ; 2° Appareil circulatoire : T.A. : 16 1/2-9 ; 3° Appareil respiratoire et système nerveux : rien à signaler ; 4° Système génito-urinaire : ni albumine, ni sucre. Pas de lésions du col utérin. Légère rétroversion utérine. Le Wassermann est complètement négatif.

VI. — *Sommutation prurigène*. — 1° Pyorrhée ; 2° Rétroversion utérine ; 3° *Insuffisance ovarienne*, prouvée par la stérilité et la ménopause précoce.

- VII. — *Traitement.* — Prescriptions habituelles d'hygiène locale. — Soins dentaires. — Port d'un pessaire (la malade refusant l'intervention chirurgicale correctrice de la rétroversion). — Alcool iodé au 100° et Goudron de Houille. — Opothérapie ovarienne et thyroïdienne.
- VIII. — *Résultats.* — Légère amélioration après un mois de traitement, grande amélioration après trois mois. Le prurit persiste mais insignifiant.
-

OBSERVATION n° III. (personnelle). M. L..., 29 ans. Etudiant.

Prurit périnéal datant de six mois. — Tuberculose. — Troubles digestifs et mauvaise hygiène alimentaire.

Il survient 4 à 5 crises par 24 heures, très intenses et ne cédant qu'à l'excoriation par grattage. — Atteinte de l'état général. — Amaigrissement. — Tendance à la neurasthénie.

- I. — *Examen local.* — Prurit eczématisé et infecté, de tout le périnée et des plis inguinaux. Un abcès de la marge de l'anus. — Furoncles disséminés. — Début de lichénification anale.
- II. — *Interrogatoire.* — 1° Pas de maladies vénériennes ; 2° Troubles digestifs très marqués : digestion lentes avec somnolence postprandiale. — Pas de constipation ni de parasites intestinaux. — Polyphagie et Tachyphagie. — Abus du pain, mais pas d'alcoolisme ni caféisme ; 3° Sujet nerveux, anxieux et irritable. A songé au suicide.
- III. — *Antécédents personnels.* — Soigné actuellement pour tuberculose cavitaire unilatérale, datant d'un an. — A présenté à diverses reprises des crises hémorroïdaires, des poussées d'urticaire, et de prurit narinaire, des trachéobronchites à répétition. — Deux poussées de furunculose ayant chacune duré cinq mois.
- IV. — *Antécédents héréditaires.* — Père mort de cirrhose hépatique. Mère rhumatisante. — Pas d'enfant. Pas marié.
- V. — *Examen.* — 1° Appareil digestif : estomac clapotant et un peu douloureux ; 2° Appareil respiratoire : tuberculose cavitaire du sommet gauche ; 3° Rien à signaler aux autres appareils. Ni sucre, ni albumine.
- VI. — *Sommutation prurigène.* — Tachyphagie et abus du pain. — Tuberculose et Hémorroïdes.
- VII. — *Traitement.* — 1° *Général* : Recalcification, régime alimentaire et hygiène digestive. — Repos. — Isolement. — Vie au grand air ; 2° *Local* : a) Traitement de l'infection ; b) Traitement du prurit.

VIII. — *Résultats.* — Guérison du prurit en deux mois. Amélioration très marquée de l'état général et de l'état pulmonaire.

OBSERVATION n° IV. (personnelle). M. G..., 34 ans. Cuisinier.

Prurit périnéal datant de sept ans. — Caféisme et Nervosisme.

Démangeaisons permanentes, s'exagérant par la chaleur du fourneau, mais ne provoquant pas d'insomnie. Cependant la persistance du prurit tourmente le malade qui, nerveux et même un peu surexcité, demande avec instance un traitement actif.

- I. — *Examen local.* — Pas de modifications de la région. — Aucune lésion cutanée visible, si ce n'est un léger épaissement de la région périanale avec pigmentation. — Humidité régionale. — Pas de fissurettes, ni d'hémorroïdes.
- II. — *Interrogatoire.* — 1° Aucun trouble digestif. — Pas de constipation ni de parasites intestinaux. — Légère Tachyphagie ; 2° Aucun trouble génito-urinaire ; 3° Caféisme : 4 à 5 tasses par jour au moins. — Pas d'alcoolisme avoué ; 4° Sujet très nerveux, instable et irritable, se plaint d'ennuis intimes.
- III. — *A.H. et Personnels.* — Rien à signaler, sauf une furonculose en 1918, ayant duré 6 mois. — Marié sans enfant. — Femme bien portante.
- IV. — *Examen.* — 1° Appareil digestif : rien d'anormal, aucun signe objectif d'alcoolisme chronique ; 2° Appareils circulatoire, respiratoire, nerveux (reflexes), génital : indemnes ; 3° ni albumine, ni sucre. Le Wassermann est complètement négatif.
- V. — *Sommutation prurigène.* — Peu marquée. — Caféisme et Nervosisme. Il s'agit d'un prurit presque essentiel, avec comme cause prédisposante, la chaleur des fourneaux.
- VI. — *Traitement.* — Suppression totale du café. Douches tièdes. Alcool iodé au 100° et Cérat de Zinc.
- VII. — *Résultats.* — Au bout de 15 jours légère amélioration. L'alcool iodé est remplacé par le Goudron de Houille, l'amélioration s'accroît, mais le malade disparaît après un mois de traitement, sans être guéri.
-

OBSERVATION n° V. (personnelle). Madame Z..., 26 ans. Etudiante.

Prurit périnéal datant de trois ans. — Prurit essentiel avec insuffisance ovarienne.

Intensité extrême. Crises incessantes, surtout nocturnes, ayant

amené une dépression morale intense. A consulté plusieurs dizaines de médecins !

- I. — *Examen local.* — Lichénification extrêmement marquée de toute la région périnéale avec infiltration diffuse du tissu sous cutané. Saillie des petites lèvres, qui sont flasques. Capuchon clitoridien volumineux. Anus très pigmenté et très humide. Pas d'eczématisation.
- II. — *Interrogatoire.* — 1° Israélite polonaise ; 2° Pas de maladies vénériennes ; 3° Constipation ; 4° Troubles génitaux assez marqués : *irrégularités et retard des règles*, mais aucune leucorrhée ; 4° Troubles nerveux très intenses. Hypochondrie. Surexcitation continuelle, se plaint d'ennuis d'argent et de surmenage. Insomnie.
- III. — *A.P.* — Mariée, sans enfant.
A ce moment, la malade refuse la continuation de l'examen. Elle prétend qu'il lui est impossible de suivre nos prescriptions : (Repos immédiat. Départ de Paris et retour au pays natal. Vie au grand air.)
- IV. — Revient trois mois après, se plaignant d'une aggravation de son état. Au conseil de notre maître M. Lortat-Jacob de repos au lit avec isolement et régime lacté (4 litres par jour), elle argue du mauvais état de santé de son mari, et disparaît définitivement...

OBSERVATION n° VI. (personnelle). M. B..., 27 ans. Postier.

Prurit périnéal datant d'un an. — Causes multiples.

Deux à trois crises par 24 heures.

- I. — *Examen local.* — La partie antérieure de la racine de la verge est lichénifiée ainsi que le scrotum dans la région du raphé médium et l'anus. Gros paquet d'hémorroïdes externes.
- II. — *Interrogatoire.* — 1° Blennorragie il y a dix ans, actuellement aucun signe de rétrécissement urétral ; 2° Troubles digestifs : digestions lentes et difficiles avec somnolence. Constipation marquée, ne cédant qu'à la prise fréquente de laxatifs. — Aucun parasite dans les selles ; 3° Tachyphagie et abus du pain. — Caféisme indéniable (4 tasses par jour) mais pas d'alcoolisme ; 4° Sujet surmené (à la fois employé des postes et étudiant en droit), très nerveux.
- III. — *A.H.* — Rien à signaler. — *A.P.* une pleurésie en 1911. Marié. Femme bien portante. Une fausse-couche de 2 mois $\frac{1}{2}$.
- IV. — *Examen.* — 1° Appareil digestif : dents peu soignées, plusieurs cariées ; 2° Appareil respiratoire : frottements à la base droite, reliquat de la pleurésie ancienne ; 3° Appareils cir-

culatoire et système nerveux : rien à signaler d'anormal ; 4° Ni albumine, ni sucre ; 5° Petit noyau blennorragique de l'épididyme gauche.

Le Wassermann est complètement négatif.

Il faut signaler que le malade présente un placard de névrodermite de la face interne de la jambe droite. Il porte directement sur la peau un caleçon de laine et emploie une poudre antiprurigineuse (?) contenant du salol.

V. — *Sommutation prurigène.* — Troubles digestifs et Tachyphagie — Caféisme, surmenage. — Hémorroïdes et épидидymite. — Salol et caleçon de laine. — Incurie dentaire.

VI. — *Traitement.* — Découle du chapitre précédent. (Suppression des causes prédisposantes et occasionnelles). — Localement : pommade au Goudron de Houille.

VII. — *Résultats.* — Grande amélioration après quinze jours, puis le malade disparaît.

OBSERVATION n° VII. (personnelle). René V..., 7 ans.

Prurit datant de deux mois et demi. Parasitaire.

Démangeaisons incessantes, mais particulièrement vives, vers le milieu de la journée.

I. — *Examen local.* — Prurit avec eczématisation et légère impétiginisation de tout le périnée. — Erythème, excoriations, suintement, etc...

II. — *Interrogatoire.* — Les parents n'ayant pas constaté de parasites dans les selles, on prescrit une médication symptomatique en conseillant une surveillance. — Les oxyures sont découverts dans le semaine qui suit.

III. — *Traitement.* — 1° *Antiparasitaire* : ongles très courts. — Lavements tièdes salés ; paquets contenant : poudre de semen-contrà et calomel ; 2° *De l'eczéma et de l'infection secondaires* : nitratage, baume Baissade dilue au 1/5°.

IV. — *Résultats.* — Guérison complète en 20 jours, après expulsion de gros paquets d'oxyures.

OBSERVATION n° VIII. (personnelle). Mlle Lucie M..., 19 ans. Couturière

Prurit périnéal datant de quatre semaines. — Médicamenteux.

Démangeaisons intenses, permanentes avec légère sensation de brûlure.

- I. — *Examen local.* — Rougeur diffuse de toute la région périnéale. Excoriations des grandes lèvres et surtout de la fourchette. — Pertes jaunâtres assez abondantes.
 - II. — *Interrogatoire.* — Vulvo-vaginite il y a un mois, soigné depuis, par des injections de permanganate de potasse, biquotidiennes. La malade utilise des paquets préparés de 0 gr. 25 qu'elle jette dans l'eau sans remuer : l'injection est toujours douloureuse.
 - III. — *Traitement.* — Soupçonnant l'action caustique du sel mal dissous s'ajoutant à l'action irritante des pertes blennorragiques, nous conseillons l'abandon pendant quelques jours des injections au permanganate et leur remplacement par des injections alcaline et émollientes (bicarbonate de soude et guimauve). Au 5^e jour, reprise du permanganate (solution mère de ce sel). — Pansements permanents à la glycérine ichtyolée.
 - IV. — *Résultats.* — Le prurit est à peu près disparu en 8 jours. Il n'existe plus localement, qu'un érythème insignifiant.
-

OBSERVATION n° IX. (personnelle). Mme B..., 75 ans. Rentière.

Prurit périnéal datant de trois mois. — Diabétique.

Démangeaisons surtout vespérales et nocturnes avec insomnie et troubles nerveux.

- I. — *Examen local.* — Irritation et rougeur très intenses de tout le périnée, multiples excoriations de la région vulvaire. Enduit crémeux du fond des plis. Suintement abondant.
 - II. — *Interrogatoire.* — La malade se plaint d'avoir des urines poisseuses. On soupçonne le diabète que révèle d'ailleurs l'examen des urines (glycosurie). La malade semble supporter aisément ce diabète depuis de longues années. L'examen au microscope des enduits régionaux n'a pas été possible.
 - III. — *Traitement.* — Régime sans hydrocarbures. — Bains de siège et lotions alcalines. — Alcool iodé au 150^e puis au 100^e avec poudrage. — Soins d'hygiène locale.
 - IV. — *Résultats.* — Amélioration rapide en 8 jours, guérison du prurit en 3 semaines
-

OBSERVATION n° X. (personnelle). M. R..., 32 ans. Ajusteur.

Prurit périnéal datant de deux mois. — Causes multiples.

Crises intermittentes surtout vespérales.

- I. — *Examen local.* — Peu de modifications de l'état de la peau. — Légère humidité régionale. — Reliquat d'un bourrelet hémorroïdaire circulaire. — Après déplissement de l'anus, on trouve au niveau de la muqueuse, trois ou quatre fissurettes rouges entraînant un certain degré de spasme sphinctérien.
- II. — *Interrogatoire.* — 1° Pas de maladies vénériennes ; 2° Troubles digestifs et constipation ; 3° Caféisme (3/4 de litre de café par jour) ; 4° Sujet nerveux, anxieux, coléreux.
- III. — *A.P.* — Présente un passé digestif assez chargé : 1° A souffert il y a 6 ans pendant plus de 8 mois de troubles gastro-intestinaux (brûlures gastriques et syndrome dysenteriforme, qualifié d'entérite) ; 2° Il y a un an, a présenté une crise hémorroïdaire durant un mois, ayant nécessité l'alitement. — Marié, pas d'enfant. Femme bien portante. — Rien à signaler dans les antécédents héréditaires.
- IV. — *L'Examen général*, ne montre aucun symptôme anormal. Le Wassermann est complètement négatif.
- V. — *Sommation prurigène.* — Troubles digestifs et hémorroïdes. — Lésions fissuraires. — Caféisme.
- VI. — *Traitement.* — Hygiène alimentaire et suppression complète du café. — Laxatifs. — Hygiène locale. — Nitrate d'argent au 1/20°.
- VII. — *Résultats.* — La malade est revue un mois après le début du traitement, très améliorée.

OBSERVATION n° XI. (personnelle). Mme S..., 50 ans. Sans profession.

Prurit périnéal datant de trois ans. — Causes multiples. — Actuellement, devenu intolérable, mais la malade consulte surtout parce qu'elle présente des « furoncles » à l'anus.

- I. — *Examen local.* — a) Au niveau de l'anus, lichénification très marquée avec pigmentation, bourrelet hémorroïdaire proéminent, fissurettes des plis radiés, deux petits abcès de la marge ; b) Fissures de la fourchette vulvaire. — Léger prolapsus utérin avec cystocèle. — Rétroversion utérine.
- II. — *Interrogatoire.* — 1° Aucun trouble digestif ; 2° Nervosisme marqué avec mélancolie ; 3° Troubles génitaux : ménopause par Rayons X quelques mois avant l'apparition du prurit.
- III. — *Examen.* — Rien à signaler d'important.
- IV. — *Sommation prurigène.* — Particulièrement riche. On peut distinguer : 1° *Des lésions locales* : fissures, hémorroïdes, prolapsus ; 2° *Une cause de voisinage* : rétroversion ; 3° *Une cause générale* : ménopause.

- V. — *Traitement*. — 1° De l'infection locale secondaire : incision des abcès, pansements antiseptiques, puis nitrage et pâtes calmantes ; 2° On cherchera ensuite la correction des diverses causes du prurit.
-

OBSERVATION n° XII. (personnelle). M. L..., 42 ans. Aiguilleur.

Prurit périnéal datant de dix-huit mois. — Mycosique.

Particulièrement intense depuis trois mois : 2 à 3 crises nocturnes, 1 à 2 diurnes.

- I. — *Examen local*. — Les régions anale, périnéale, interfessièrre, la racine de la verge et sa face inférieure, la face antérieure du scrotum sont le siège d'un érythème très intense. — Exco-riations et puits eczématisés. — Pas de lichénification. — Au fond des plis cutanés existe un enduit blanchâtre et sur les bords des lésions un certain degré de desquamation. — Quelques points d'attaque à distance.
- II. — *Interrogatoire*. — 1° Pas de maladies vénériennes ; 2° Constipation ; 3° Alcoolisme avéré et avoué, avec pituites, cauchemars, tremblement des mains (deux litres et demi de vin par jour) ; 4° Amaigrissement de 3 kilos, du fait de l'insomnie.
- III. — *A.H.* — Rien à signaler. — *A.P.* Souffre de l'estomac depuis 10 ans (ce qui s'explique !) — Marié sans enfant. Femme bien portante.
- IV. — *Examen général*. — 1° Appareil digestif : langue saburrale lichen plan buccal. — Foie légèrement augmenté de volume ; 2° Rien aux autres appareils : ni sucre, ni albumine. Le Wassermann n'a pas été pratiqué. L'examen microscopique des exsudats des plis, a montré la présence de parasites du groupe des oïdiomycoses.
- V. — *Sommation prurigène*. — Ethylisme et troubles digestifs. — Parasitisme local, qui semble d'ailleurs secondaire.
- VI. — *Traitement*. — Suppression totale du vin. — Laxatifs. — Hygiène locale. — Liment oléo-calcaire pendant 3 jours, puis alcool iodé au 100° et poudrage.
- VII. — En 15 jours, amélioration de 75 %. — Malade pas revu.
-

OBSERVATION n° XIII. (personnelle). Mme L..., 21 ans.

Prurit périnéal au cours d'une Syphilis primaire.

La malade consulte pour un prurit persistant (3 semaines), datant de ses premiers rapports conjugaux et siégeant au périnée avec prédominance au niveau de la fourchette.

- I. — *Examen local.* — Anus et Périnée rouges et excoriés dans leur ensemble. — Erythème intense du vestibule et des débris hyménaux. — Au niveau de la fourchette, exulcération à contours irréguliers, spontanément prurigineuse, douloureuse à la palpation et souple, sans adénopathie. Les rapports génitaux sont douloureux, des savonnages fréquents ont été pratiqués dans un but thérapeutique. —

Nous pensons à un prurit d'irritation locale, prescrivons des soins d'hygiène et nu nouvel examen après une semaine de traitement.

Lorsque la malade revient, le prurit a notablement diminué, sans être disparu, mais on constate : 1° Que l'ulcération de la fourchette est maintenant arrondie, propre, et présente un liseré induré, mais reste douloureuse ; 2° Il existe une adénopathie inguinale en pléiade, du type spécifique ; 3° L'examen à l'ultra, montre des tréponèmes ; 4° Le Wassermann est positif.

Le mari convoqué ultérieurement présentait des syphilides typiques du gland et de l'anüs.

Nous signalons la difficulté du diagnostic, lors du premier examen. Le prurit constituant le symptôme majeur, semblait s'expliquer par une cause d'irritation locale. Rien ne pouvait faire penser à la Syphilis.

OBSERVATION n° XIV. (personnelle). Mlle Germaine F..., 32 ans. Femme de chambre.

Prurit périnéal, datant de quinze ans, amélioré par le traitement antisyphilitique bismuthique.

Les démangeaisons sont absolument intolérables depuis six ans, empêchant tout sommeil et ont rendu la malade « neurasthénique ». Les crises durent quelquefois plusieurs heures et ne s'apaisent qu'après excoriation des régions prurigineuses. — A plusieurs reprises sont survenues des poussées locales d'eczéma, qui se sont parfois généralisées, atteignant en particulier les plis inguinaux, sous mammaires, rétroauriculaires et la nuque.

- I. — *Examen local.* — Le périnée en totalité, ainsi que les plis inguinaux sont le siège d'une eczématisation intense, avec suintement abondant. — Les grandes lèvres sont complètement lichénifiées ainsi que l'anüs. — Les petites lèvres et le capuchon clitoridien sont flasques et flétris. — Toute la région est très pigmentée. Il existe de la leucorrhée et quelques fissurettes anales.
- II. — *Interrogatoire.* — 1° *Importance des troubles génitaux.* — Réglée à 11 ans, toujours irrégulièrement avec des retards de 12 à 15 jours. Les règles sont peu abondantes, douloureuses et prolongées. — Métrite chronique datant de 6 ans, probablement blennorragique ; 2° Digestions assez bonnes,

mais alternatives de diarrhée et de constipation. Tachyphagie ; 3° *Troubles nerveux particulièrement remarquables.* Malade instable, logorrhéique, cherchant à susciter sans cesse des traitements nouveaux, réclamant continuellement des soins variés. — Tendance à l'irritation et à la colère.

III. — *Antécédents personnels.* — A eu jusqu'à l'âge de 16 ans, de l'incontinence d'urine. Puis pendant 7 ans, de l'entérite, actuellement améliorée. Aurait eu des lésions de tuberculose pulmonaire. — Pas de grossesse.

IV. — *Antécédents héréditaires et collatéraux.* — Les parents sont vivants. Le père a des coliques hépatiques, la mère présente des entorses aux jambes. Une grand'mère aurait été syphilitique. Un frère bien portant. Une sœur eczémateuse et tuberculeuse.

V. — *Examen.* — Teint grisâtre, terreux, aspect vieillot. — 1° Appareil digestif : rien à signaler ; 2° Appareil respiratoire, légère rudesse respiratoire au sommet gauche sans bruits adventices ; 3° Aucun trouble de l'appareil circulatoire, ni de la réflectivité ; 3° Appareil génital : métrite chronique avec sensibilité des culs de sac ; 5° Pas d'albumine ni sucre. Pas de signes nets d'hérédosyphilis. Le Wassermann a été complètement négatif à deux reprises et après réactivation. — La glycémie est normale.

VI. — *Traitement.* — La malade a déjà subi de nombreux traitements locaux et généraux, qu'elle détaille avec complaisance. A reçu en particulier 6 injections de Novar, mal supportées,

1° On essaie : a) *localement* le Baume Baissade au 1/5° associé à des badigeonnages au nitrate d'argent au 1/20° ; b) le régime lacté intégral et abondant (4 litres par jour). *Résultats* : Guérison assez rapide de l'eczématisation, mais aucune amélioration du prurit.

2° On tente le traitement par les effluviations de haute fréquence (dix séances) et des badigeonnages au Goudron de Houille. Résultat nul.

3° La glycérine phéniquée au 100° locale, et l'opothérapie ovarienne et thyroïdienne n'amènent aucune amélioration.

4° On pratique à deux jours de distance, deux injections épidurales de 10 cm³ de novocaïne au centième diluée dans du sérum. On obtient bien pendant 24 heures, une anesthésie à la douleur de la région périnéale, mais peu d'amélioration des démangeaisons qui reprennent très vite toute leur acuité.

5° En désespoir de cause et en raison des antécédents personnels et héréditaires, malgré le Wassermann négatif et l'inefficacité du traitement arsénobenzolique, on essaie un traitement antisyphilitique par le Quinby (12 injections à raison de deux par semaine) en appliquant localement du Baume Baissade dilué au 1/4.

Résultats. — A la troisième piqûre, diminution du prurit. A la sixième, amélioration très nette. La malade insiste sur ce fait qu'aucun traitement jusqu'alors, ne l'a améliorée si rapidement et de façon si appréciable. A la douzième piqûre, le prurit n'est pas disparu, mais l'amélioration persiste. Malheureusement la malade ne revient plus après sa période de repos.

OBSERVATION n° XV. (*Extrait de la thèse de Madame Eyraud-Dechaux.*) *Prurit de la grossesse.* Mme N..., 27 ans.

La malade, enceinte de 7 mois (première grossesse) consulte pour du prurit vulvaire.

Aucune affection génitale antérieure. Madame N., qui abuse du café, est très nerveuse depuis le début de sa grossesse. Crises de prurit très intenses (4 à 5 par jour) mais sans insomnie.

I. — *Examen.* — Tuméfaction de la vulve, grandes et petites lèvres volumineuses avec de grosses veines, presque variqueuses. Peu de traces de grattage. Pertes abondantes sans gonocoques. Ni sucre, ni albumine.

II. — *Traitement.* — Injections bicarbonatées. Lavages de la vulve avec de l'eau de camomille. Onctions avec une pâte ichtyolée. Poudrage avec Talc, Bismuth, Oxyde de Zinc (parties égales)

III. — *Résultats.* — Le prurit s'améliore, mais reprend dès que les soins locaux sont un peu négligés. Jusqu'à l'accouchement, les démangeaisons persistent, mais disparaissent ensuite immédiatement, à tel point que la malade ne s'en est souvenu que quelques jours après.

OBSERVATION n° XVI. (*Extrait de la thèse de Madame Eyraud-Dechaux.*) *Prurit périnéal après la ménopause.* — *Début de Kraurosis.* Mme B..., 54 ans, consulte pour des démangeaisons datant de 4 ans.

I. — *A.H.* — Chargée. Père alcoolique, mort aliéné, une sœur internée pour troubles mentaux, une autre sœur morte de paralysie générale (?)

II. — *A.P.* — Très nerveuse. A présenté pendant l'enfance des crises de prurit, qui se sont reproduites vers 40 ans en des points
v quelconque du corps. Mais à la ménopause elle se localisent exclusivement au périnée et particulièrement à la vulve. S'exaspèrent par les écarts de régime et les rapports sexuels.

- III. — *Examen.* — Les grandes lèvres entourent simplement les petites lèvres et sont pigmentées, ce qui tranche avec une coloration pâle du vestibule et du clitoris. — Les petites lèvres sont atrophiées dans leur partie postérieure. — Elles sont rigides, ainsi que le capuchon clitoridien. — Orifice vaginal étroit. Toute la vulve présente une sécheresse particulière, appréciable à l'œil nu et au doigt. Le tout : stade prékauro-sique de Thibierge. — Pas de Syphilis connue. Le Wassermann est complètement négatif.
- IV. — *Traitement.* — Injections adoucissantes et cinq séances de Rayons X (4 H) ayant amené une très légère amélioration du prurit

OBSERVATION n° XVII. (*Extraite de la thèse de Madame Eyraud-Dachaux.* Prurit périnéal accompagnant une leucoplasie vulvaire. Mme D..., 59 ans, consulte pour un prurit périnéal datant de 15 ans.

- I. — *A.P.* — A eu six grossesses : trois enfants vivants. Dès le premier accouchement, déchirure du périnée qui n'a pas été suturée. Ménopause à 52 ans. — Entre 42 et 48 ans, a souffert d'hémorroïdes avec fissures. A 48 ans, périnéoraphie pour prolapsus avec cystocèle et rectocèle. Le prurit date de cette époque.
- En 1910, dans le service du P^r Hartmann, on fait le diagnostic de cystocèle avec leucoplasie vulvaire, qu'on traite par le radium (?)
- En 1911, dans le service du P^r Pozzi, diagnostic de leucoplasie avec début de Kraurosis. Soignée par le docteur L. Lévi, par l'extrait thyroïdien, qui n'améliore que passagèrement les démangeaisons.
- En 1912, soignée dans le service du D^r Brocq par des bains statiques et les Rayons X, avec peu d'amélioration.
- En 1913, traitée dans le service du docteur Pozzi par l'air chaud.
- II. — *Examen.* — Vulve sèche sclérosée. — Lésions de grattage. — Lichénification de la face interne des cuisses, du sillon génito-crural et du périnée. Les grandes lèvres sont épaissies et flétries à leur face interne, plus blanche que normalement. — Les petites lèvres, atrophiées présentent à leur face interne, plusieurs petites plaques d'un blanc crémeux, extrêmement adhérentes, fermes, indolores. — Clitoris saillant. — Capuchon dur, volumineux. Sa face interne est tapissée par une nappe blanc nacré, très indurée, qui le rend rigide. Les deux faces externes présentent le même aspect lisse et nacré, mais par plaques, qui vont en rejoindre d'analogues existant sur la face interne des grandes lèvres, engainant la base du clitoris.
- Au niveau de la fouchette, deux lésions semblables, lenticulaires, très prurigineuses. — Vagin lisse et pâle. — Cys-

tocèle et Rectocèle. — Aucune perte blanche. — Pas de syphilis connue. Le Wassermann est totalement négatif. Les crises de prurit sont extrêmement intenses, durent presque toute la nuit et laissent à peine, une à deux heures de repos à la malade. — Dans la journée, une à trois crises.

Traitement. — Pommades antiprurigineuses. Douche filiforme sans grand résultat.

En 1914. — Peu d'amélioration, malgré autohémothérapie.

OBSERVATION n° XVIII. (Extraite de la thèse du Dr Khoubessarian).

Prurit périnéal d'origine syphilitique.

Mme T..., 40 ans, consulte pour un prurit datant de plusieurs années.

Aucun antécédent, aucun stigmate pouvant faire penser à la Syphilis. N'a jamais eu de grossesse. Mari bien portant. Urines normales.

Wassermann et Hecht : fortement positifs dans le sang. Soumise au traitement par le Novar, à partir de Septembre 1923, elle voit disparaître son prurit à la fin de la première série. Deux autres séries en décembre 1923 et mars 1924. — Les séro-réactions sont devenues négatives. Le prurit n'est pas reparu.

OBSERVATION n° XIX. (personnelle). M. H..., 37 ans.

Prurit périnéal datant de six ans. — Fissure anale.

Les démangeaisons sont particulièrement insupportables depuis 3 mois et entraînent de l'insomnie.

- I. — *Examen local.* — Eczématisation du périnée, remontant dans le sillon interfessier et gagnant les plis inguinaux avec suintement léger. — Fissurettes nombreuses des plis radiés. — Au fond de l'un d'eux, une fissure anale des plus typiques, accompagnée d'une minime végétation. Fait curieux : cette fissure ne s'accompagne pas du syndrome douloureux classique, mais seulement de prurit.
 - II. — Rien d'autre à signaler au point de vue général.
 - III. — *Traitement.* — De simples prescriptions d'hygiène locale, la suppression du savon, remplacé par des onctions huileuses, des badigeonnages au nitrate d'argent des fissurettes avec poudrage, suffisent pour améliorer le prurit dans de notables proportions.
La fissure sera détruite ultérieurement par fulguration.
-

OBSERVATION n° XX. (Communiquée par M. le Dr Lortat-Jacob).

Prurit périnéal datant de trois ans. — Essentiel (?)

Mme L..., 46 ans, se plaint de crises de démangeaisons au moment des règles, avec des paroxysmes intolérables survenant à heures fixes (4 crises par 24 heures), durant un quart d'heure environ et ne cédant qu'à une friction rude avec un mouchoir. En même temps, fourmillements, sensation de cheminement d'insecte sous la peau. Obsession de cancer, depuis un an.

- I. — *Examen local.* — Lichénification très marquée de l'anus, de la vulve et de tout le périnée avec pigmentation, et pseudo-papules atteignant le volume d'un grain de millet. Pas de lésions locales. Cependant, quelques pertes blanches, que la malade soigne un peu trop fréquemment par des lotions et des lavages à l'eau additionnée d'aniodol (3 à 4 fois par jour).
- II. — *Interrogatoire.* — 1° Troubles digestifs : douleurs gastriques, lourdeurs après le repas ; 2° Troubles nerveux : très marqués. Pendant la guerre, pèse 41 kilogs. — Tristesse, neurasthénie. — Après la guerre, nouvelle période de psychasthénie ; 3° Troubles génitaux : peu nets. Les règles ont commencé à 14 ans et sont encore très régulières et abondantes.
- III. — *A. H.* — Mère nerveuse. Père migraineux et arthritique dès l'enfance. — *A. C.* Sœur migraineuse, morte d'éclampsie, à 37 ans.
- IV. — *A. P.* — Dans l'enfance : Vomissements fréquents, puis épistaxis abondantes et répétées entre 6 et 15 ans.
A 15 ans, installation de migraines à chaque période pré-menstruelle. Elles disparaissent avec l'arrivée des règles.
Vers 43 ans, apparition de sueurs profuses nocturnes, intermittentes, sans fièvre, puis de prurit, d'abord vulvaire, périnéal ensuite.
Deux enfants. Pas de fausses-couches.
- V. — *Examen général.* — Rien à signaler de spécial. Pas de tuberculose. Aucune lésion orificielle du cœur, mais légère dilatation aortique. Tension artérielle : 17 1/2-10. (Pachon).
- VI. — *Traitement.* — Isolement à la clinique Piccini, 4 litres de lait et 0 gr. 10 de gardénal par jour. Localement : poudres inertes.
- VII. — *Résultat.* — Amélioration très rapide, malgré une recrudescence au moment des règles, ayant duré 48 heures. Trois semaines après le début du traitement, le prurit a disparu. Excellent état général. Augmentation de poids de 6 kilogs.

BIBLIOGRAPHIE

- Alibert.* — Monographie des Dermatoses.
- Allen.* — Operative Cure of Pruritus ani and vulvæ (New Orléans Med. and Surg. Journal). Octobre 1920.
- Ball (Ch.).* — Clinical remarks on the treatment of inveterate Pruritus ani (The British Medical Journal. — Janvier 1905.)
- Barton Cooke Histe.* — The surgical Treatement of Pruritus vulvæ by the resection of genito crural, etc...
- Bensaude.* — Pathologie du Rectum et du Côlon Terminal. (Nouveau Traité de Médecine. — Fascicule XIV.)
- Blaschko.* — Berlin — Klin Woch 1895.
- Brocq.* — Précis Atlas de Dermatologie.
Dermatologie pratique.
- Brocq et Jacquet.* — Articles : Lichen — Prurit — Prurigo.
(Pratique Dermatologique.)
- Buie L.* — Treatment of anal Pruritus by Ionisation — (Transactions of the american Proctologic Society, 1925.)
- Canuet.* — De l'influence du Système nerveux dans les maladies de la peau. — Thèse de Paris, 1855.
- Carnot.* — Traitement du Prurit vulvaire chez les Diabétiques. — Progrès Médical, 1900.
- Cazenave.* — Des lésions de la sensibilité de la Peau, siégeant dans le corps papillaire. (Annales des Maladies de la Peau et de la Syphilis, 1844.
- Cazenave et Schedel.* — Abrégé pratique des Maladies de la Peau.
- Clémens.* — True pruritus ani, its association, with pyorrhea alveolaris — Med. Record — Juin 1918.

- Cotte.* — Société de Chirurgie de Lyon — Novembre 26.
- Dalché.* — Les Prurits vulvaires — Journal de Médecine et Chirurgie pratique, 1908.
- Darier.* — Précis de Dermatologie.
- Darbois.* — Les prurits circonscrits rebelles. — Leur traitement par la Radiothérapie. (Journal de Médecine de Paris— Mai 1914.)
- Delherm.* — Société d'Electrologie et de Radiologie — Décembre 25.
- Devergie.* — Traité pratique des Maladies de la Peau.
- Du Bois.* — Trichophytie de l'anus — Annales de Dermatologie 1923.
- Duprey.* — Prurit Tabétique. — Thèse de Paris, 1911-12.
- Durand.* — Prurit anal. — Année Médicale Pratique, 1923.
- Edenhuizen.* — Zur Ätologie und Therapie des Pruritus vulvæ und ani. Münchener Med. Wochenschrift, 1916.
- Eyraud-Dechaux (Mme).* — Prurit vulvaire. — Thèse de Paris, 1914.
- Fairchild.* — Pruritus ani — Western Medical Times — Février 20.
- Favre.* — Prurit anal. — Lyon Médical, 1925.
- Fernet.* — Les Prurits et leur Traitement.
- Frankenthal.* — Traitement chirurgical du Prurit anal rebelle et des formes graves d'eczéma chronique. — Dermat. Wochenschrift, 1925.
- Fraikin et Burrill.* — Société Française d'Electrologie et Radiologie — Décembre 1925.
- Gaucher.* — Le Prurit essentiel. — Journal des Praticiens, 1909.
- Gaillard-Thomas.* — Traité clinique des Maladies des Femmes.
- Golay.* — Rôle du Gd Sympathique dans la Pathogénie d'un grand nombre de Dermatoses. — Ann. de Dermatol., 1922.
- Gougerot.* — Dermatologie en clientèle.
- Gréco.* — Congrès de Dermatologie de Strasbourg, 1923.
- Guéneau de Mussy.* — Prurit vulvaire. — Gazette des Hôpitaux, 1868.
- Hamburger.* — Le Calomel dans le Traitement du Prurit anal — Ugeskrift for Læger — Copenhague 1918.
- Hardy.* — Traité pratique et descriptif des Maladies de la Peau.

- Hebra et Kaposi.* — Traité des Maladies de la Peau. (Traduction de Doyon.)
- Hirschmann.* — Handbook of Diseases of the Rectum.
- Holton.* — Pruritus ani. — Florida Medical Association Journal — Mai 1920.
- Hudelo et Rabut.* — Le Prurit Périnéal. — Monde Médical, Déc. 25.
- Prurit Périnéal et Syphilis.—Progrès Médical,25.
- Huet Jean.* — Prurit de l'anus. — Thèse de Paris 1925.
- Jacquet.* — Cf Brocq et Jacquet.
- Johnson.* — Subintrate of Bismuth in Pruritus ani. (Journal of the Amer. Med. Association — Janvier 1912.
- Jourdanet.* — Contribution à l'étude du Prurit. — Ann. de Dermat. 1924.
- Khoubessérian.* — Contribution à l'étude du Prurit périnéal et de ses rapports avec la Syphilis. — Thèse de Paris, 25.
- Kromayer.* — Deutsche Medizinische Wochenschrift — Janvier 1908.
- Labusquière.* — Traitement du Prurit vulvaire. — Ann. de Thérapeut. Dermatol. et Syphiligr., 1903.
- Leroux.* — Dangers et méfaits du Menthol. — Presse Médicale, 1912.
- Laignel Lavastine.* — Prurit. — Journal de Médecine de Bordeaux, 1923.
- Littauer.* — Traitement du Prurit anal et vulvaire. — Zentral Blatt für Gynäkologie. — Leipzig — Janvier, 23.
- Loraud de Carlsbad.* — Contribution à la Pathogénie et à la Thérapeutique du Prurit vulvaire diabétique. — Gazette de Gynécologie, 1903.
- Lortat-Jacob.* — Alternance entre Prurigos et troubles du système nerveux. — Presse Médicale, 25.
- Lorry.* — De morbis cutaneis.
- Loubier.* — Société Française d'Electrothérapie et Radiologie — Janvier 26.
- Mason.* — Pruritus ani. — New-York Med. Journal, 1923.
- Matignon.* — Prurit anal dans les Hémorroïdes latentes. (Gazette des Sciences Médicales de Bordeaux, 1914.)
- Milian.* — Prurit Tabétique.—Annales des Maladies vénériennes, 1906.
Prurit Tabétique. — Société Médicale, 1907.

Montagne. — Transactions of the American Proctologic Society. —

Vaccine Treatment of Pruritus ani. — 1922 et 1923.

Moutier. — Le Prurit anal. — Journal Médical Français, 1922.

Mummery. — Etiology and Treatment of Pruritus ani ; Summary of eight years of work on the Subject. — The Journal of the American Med. Assoc. — Novembre 1918.

Purdon. — The Practitioner, 1882.

Rayer. — Traité pratique et théorique des Maladies de la Peau.

Rebaud. — Prurit Tabétique. — Thèse de Paris, 1907-1908.

Régis. — Prurit de la Syphilis. — Son origine.

Reid. — Medical Record, Mai 1907.

Rudaux. — Pathogénie et Traitement du Prurit vulvaire chez la Femme enceinte. — Clinique, Mai 1910.

Sabouraud. — Dermatologie Topographique.

Entretiens Dermatologiques — et Passim.

Seligman. — Uber Pruritus vulvæ. — Berlin Klinische Wochenschrift, 1892.

Sicard et Robineau. — Revue Neurologique. — Janvier 25.

Simonet. — Du Prurit vulvaire réflexe dans la métrovaginite aigüe
Thèse de Paris, 1904.

Siredey et J.-L. Faure. — Traité de gynécologie médico-chirurgicale, 1910.

Sovin. — Prurit Tabétique. — Thèse de Bordeaux, 1911.

Terrel. — Pruritus ani.— Arkansas Med. Soc. Journal.— Janvier 1920.

Tibierge et Ravaut. — La Ponction Lombaire dans les Dermatoses prurigineuses.

Thibierge et Legrain. — Thérapeutique des Maladies de la Peau.

Thomas Mac Madden. — On the Pathol. and Treatment of Pruritus vulvæ. — The Med. Press and Circular.

Tielink. — Le Prurit anal. — Belgique Médicale, 1914.

Verchère.—Traitement du Prurit vulvaire.— Médecine Moderne, 1900.

Veyrières. — Emploi de la Douche filiforme dans le Traitement de certaines Dermatoses. — Gaz. des Hôp., 1913.

Vidal. — Du Lichen. — Ann. de Dermat. Mars, 1886.

Volpiane. — Vrastchebnie Delo. — 1925.

Wickham. — Prurit ou Prurigo, comme signe révélateur du cancer abdominal. — Société de Dermatologie. — Juin 1903.

Willan. — On Cutaneous Diseases.

Winfield. — The infective origin of anogenital Pruritus. — Arch. Dermat. and Syphil. — Novembre 21.

Young. — Treatment of Pruritus ani by Röntgen-radiation. — American Journal of Röntgenology. — Février 1920.

TABLE DES MATIERES

	PAGES
Définition	10
Généralités	13
Pathogénie	17
Symptomalogie	20
Lésions cutanées locales	23
Examen du malade	25
Etiologie	28
I. — Causes locales	28
II. — Causes de voisinage	40
III. — Causes générales	43
Prurits essentiels	54
Traitement	55
I. — Local	55
a) chimique	57
b) physique	62
c) chirurgical	67
II. — Général	69
a) Hygiène	69
b) Traitement du Prurit	72
c) Médications spécifiques	75
Conclusions	77
Observations	84
Bibliographie	96

